

Annexe 7 - Handicap Mouvement Intra Départemental

Rentrée 2025

Dossier de **MUTATION INTRADÉPARTEMENTALE**
Au **TITRE DU HANDICAP** pour les *enseignants du premier degré*

Réf : BO spécial N° 5 du 31 octobre 2024 :
LDG ministérielles relatives à la mobilité des personnels du MENJS du 22 octobre 2024 NOR :
MENH2428666X
Note de service du 22 octobre 2024 NOR : MENH2425740N
LDGA mobilité du 13 février 2025

Documents à joindre :

- Une lettre de demande explicative
- Un dossier médical documenté (histoire de la maladie et/ou du handicap, diagnostic, traitements, retentissement sur la vie sociale et professionnelle),
- La pièce justificative du statut de BOE – Pour les RQTH la **notification est obligatoire (la preuve de dépôt à la MDPH ne suffit pas)**.
- Pour les enfants, un dossier médical documenté.

DATE LIMITE DE RETOUR : 11/04/2025

Ce dossier est à adresser impérativement à :

DSDEN de l'Essonne

Service de médecine de prévention
Boulevard de France – G. POMPIDOU
91000 EVRY-COURCOURONNES

ou par

Courriel : ce.ia91.medecindespersonnels@ac-versailles.fr

RENSEIGNEMENTS A REMPLIR PAR L'AGENT (EN LETTRES CAPITALES)

Nom – Prénom : _____

Nom patronymique : _____ Né(e) le : _____

Adresse personnelle : _____



_____ adresse mail : _____

☐ Professeur Stagiaire

☐ Titulaire Date de titularisation _____

Corps : _____

☐ TP

☐ TPD

☐ AUTRE

Poste actuel (préciser) : _____

Avez-vous déjà obtenu une affectation ou une mutation pour raisons médicales :

Si oui, à quelle date : _____

dans quel département : _____

veuf(ve)

Renseignements Familiaux :

☐ Célibataire ☐ marié(e) ☐ vie maritale ☐ PACS ☐ divorcé (e) ☐

Profession du conjoint : _____

Lieu d'exercice professionnel du conjoint : _____

Pourront bénéficier d'un avis médical prioritaire :

1 - Les agents reconnus BOE

2 - Les conjoints reconnus BOE

3 - Les enfants handicapés (ayant un dossier à la MDPH)

ou présentant une pathologie grave nécessitant des soins continus

La situation des ascendants et des fratries n'est pas prise en compte

Votre situation concerne :

- ☐ L'agent lui-même : reconnu BOE : OUI ☐ NON ☐
- ☐ Son conjoint : reconnu BOE OUI ☐ NON ☐
- ☐ Son enfant (âge : _____) : a un dossier MDPH ou une pathologie grave : OUI ☐ NON ☐

1 Vœux formulés lors de la saisie (Internet) :	19
2	20
3	21
4	22
5	23
6	24
7	25
8	26
9	27
10	28
11	29
12	30
13	31
14	32
15	33
16	34
17	35
18	

Fait à : _____ le : _____

Signature :

**OUTRE LA CONSTITUTION DE CE DOSSIER MEDICAL A RENVOYER A L'ADRESSE INDIQUÉE
CI-DESSUS, N'OUBLIEZ PAS DE FORMULER VOS VŒUX SUR LE SERVEUR MUTATIONS**