

**Rectorat  
Division des  
personnels  
enseignants**

Affaire suivie par  
la cellule mouvement

Téléphone  
01.57.02.60.40  
01.57.02.60.39

Mél.  
mvt2017@ac-creteil.fr

4, rue Georges Enesco  
94010 CRETEIL CEDEX  
Web : www.ac-creteil.fr

**DOSSIER DE DEMANDE DE PRIORITÉ MÉDICALE**

**MOUVEMENT INTERACADÉMIQUE 2017**

**DATE LIMITE D'ENVOI DU DOSSIER :  
AU PLUS TARD LE 12 DECEMBRE 2016**

**CONSULTER le BO SPECIAL N° 6 DU 10/11/2016**

NOM : .....

Prénom : .....

Grade : ..... Discipline : .....

La procédure concerne :

- les personnels titulaires ou stagiaires (BOE) ;
- leur conjoint bénéficiaire de l'obligation d'emploi ;
- la situation d'un enfant handicapé ou ayant un problème grave de santé.

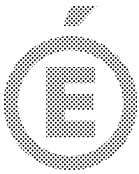
**PIECES JUSTIFICATIVES**

**Au Service médical  
sous pli confidentiel**

et libellé à l'attention  
du Dr Nadine LABAYE-PREVOT, Médecin  
Conseiller Technique  
du Recteur accompagnées  
de la fiche de renseignement.

**À la DPE à l'attention  
de la Cellule Mouvement**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une lettre de demande de priorité de mutation au titre du handicap justifiant votre vœu géographique.</li> <li>▪ Un compte rendu médical détaillé récent, rédigé par le médecin généraliste ou par le médecin spécialiste concerné (nature et histoire de la pathologie, traitements suivis et/ou en cours, perspectives évolutives). Il y sera joint photocopie de toutes pièces utiles (ex : compte-rendu d'hospitalisation). Dans le cadre d'un rapprochement de conjoint documenter les éventuels besoins de « tierce personne ».</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Document justifiant de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE).</li> </ul> |
|---|---|



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS A REMPLIR PAR L'INTERESSE(E)  
(EN LETTRES CAPITALES) ET À ENVOYER AU SERVICE MÉDICAL  
ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES**

Nom-Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Tél. : ..... Email : .....

Notification de la MDPH en date du .../.../... délivrée par : .....

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

Si oui, à quelle date ? : ..... dans quelle académie ? : .....

Grade et Discipline : .....

Affectation 2016-2017 (Nom et adresse de l'Etb) : .....

.....

- Stagiaire
- Titulaire du poste
- Titulaire remplaçant – Nom et adresse de l'Ets de rattachement : .....

.....

- Sans poste
- Mise à disposition du Recteur
- Affectation à l'Année (A.F.A.) : Nom et adresse de l'Ets + de rattachement :

Les raisons médicales évoquées concernent :

- L'intéressé(e)
- Son ou ses enfants
- son conjoint
- Autres

Nombre d'enfants à charge et âge : .....

Profession du conjoint et lieu d'exercice : .....

VŒUX formulés au MOUVEMENT INTERACADEMIQUE 2017 sur SIAM I-prof :

- |         |         |
|---------|---------|
| 1.....  | 2.....  |
| 3.....  | 4.....  |
| 5.....  | 6.....  |
| 7.....  | 8.....  |
| 9.....  | 10..... |
| 11..... | 12..... |
| 13..... | 14..... |
| 15..... | 16..... |
| 17..... | 18..... |
| 19..... | 20..... |
| 21..... | 22..... |
| 23..... | 24..... |
| 25..... | 26..... |
| 27..... | 28..... |
| 29..... | 30..... |
| 31..... |         |

**DATE et SIGNATURE de l'intéressé(e)**