**ANNEXE 2 : DOSSIER MEDICAL**

**(Circulaire mouvement intra 2024)**

**Service Médical**

Tel : 02.38.79.46.72

Mel : ce.medic@ac-orleans-tours.fr

21 rue Saint Etienne

45043 – ORLEANS CEDEX 1

##### DOSSIER à CONSTITUER

**à l’APPUI d’une DEMANDE de MUTATION**

**au titre du handicap**

**ou pour raison médicale**

**RENTREE SCOLAIRE 2024**

***Dossier COMPLET par voie postale uniquement***

***à adresser au Médecin de Prévention***

***Service médical***

***21 rue Saint-Étienne***

***45043 Orléans cedex 1***

***pour le 1er avril 2024 au plus tard***

Pièces à joindre :

* **La fiche de renseignements** dûment complétée
* **Une lettre** explicitant les raisons justifiant votre ou vos vœu(x)
* **Un compte rendu médical** détaillé (historique de la maladie, traitement le cas échéant,…) rédigé par votre médecin et adressé, sous pli confidentiel, directement à l’attention du Médecin de Prévention
* **Un justificatif attestant du handicap** ou, à défaut, s’il s’agit d’une première demande, une preuve de dépôt de dossier délivrée par la Maison départementale des personnes handicapées
* **Tout justificatif** qui vous semble utile à l’étude de votre situation

**Fiche de renseignements**

NOM et Prénom : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grade et/ou discipline : ----------------------------------------------------------------------------------------------------

Date de naissance : --------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse personnelle : -----------------------------------------------------------------------------------------------------

Téléphone : ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Courrier électronique : -----------------------------------------------------------------------------------------------------

Notification de la MDPH (ex COTOREP) en date du : ------------------------------------------------------------

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

Si oui, à quelle date ? ------------------- et dans quelle académie ou département? -------------------------

Affectation 2023-2024 (nom et adresse de l’établissement ou de l’école) -----------------------------------

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

🞎 stagiaire

🞎 titulaire du poste

🞎 titulaire remplaçant (eple ou école de rattachement – fixe) ) --------------------------------------------------

🞎 sans poste

🞎 mise à disposition du recteur

🞎 affectation provisoire à l’année (eple ou école de rattachement – fixe) ) -----------------------------------

Les raisons médicales invoquées concernent :

🞎 l’intéressé (e) 🞎 son ou ses enfants 🞎 son conjoint

nombre d’enfants à charge et âge : ------------------------------------------------------------------------

profession du conjoint et lieu d’exercice : -----------------------------------------------------------------

VŒUX FORMULES AU MOUVEMENT :

Date et signature :