

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'INEAT RS 2020



NOM Prénom :

Département d'origine :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone portable :

Courriel professionnel :

*Cette messagerie professionnelle doit être le seul support de communication avec tous les services et il vous revient donc de la consulter régulièrement et de veiller à ce qu'elle ne soit pas saturée.*

Départements sollicités :

Vœux	N° du département	Nom du département	Barème correspondant (à remplir par la DSDEN d'origine)
V1			
V2			
V3			
V4			
V5			
V6			

Motifs : (cochez le ou les cases correspondantes)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rapprochement de conjoint    | <input type="checkbox"/> CIMM              |
| <input type="checkbox"/> Autorité parentale conjointe | <input type="checkbox"/> Priorité sociale  |
| <input type="checkbox"/> Parent isolé                 | <input type="checkbox"/> Priorité médicale |

Titres et diplômes :

Habilitation en langue vivante allemand :  Oui  Non

Titres professionnels :  CAPPEI ou CAPASH  CAFIPEMF spécialité :

Listes d'aptitude :  Directeur d'école  Directeur d'établissement spécialisé

