



Formulaire de demande d'aménagement de poste de travail :

À renseigner et compléter avec l'ensemble des pièces nécessaires à l'examen de la demande

A transmettre par l'agent à la MAIPH, ce.maiph@ac-versailles.fr et au médecin de prévention

Vos éléments d'identification professionnelle :

NOM Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Votre adresse courriel professionnel :

Adresse de votre domicile :

Corps – Grade d'appartenance :

Titulaire : oui non

Etablissement ou service d'affectation actuel :

Poste occupé :

Si vous êtes affecté(e) à la rentrée prochaine dans l'académie de Versailles, indiquer l'académie et l'établissement/école d'origine :

Votre situation administrative :

En exercice : oui non

- Si OUI Temps complet Temps partiel : indiquez la quotité

- Si NON : précisez le type de congé maladie

CMO CLM CLD CGM autre position (congé parental, congé maternité...)

Préciser :

Date de reprise prévue :

Reconnaissance de votre situation de handicap :

1. Avez-vous une reconnaissance de handicap ?

Oui, précisez ci-dessous

RQTH Taux : ____% Invalidité Autre :

Dates de validité de cette reconnaissance : du ____/____/20____ au ____/____/20____

Dépôt en cours => Date de l'accusé réception de la demande par la MDPH :

____/____/20____

Non je ne suis pas titulaire d'une reconnaissance de travailleur en situation de handicap.

2. Avez-vous la notification de la décision de la MDPH pour la PCH, qu'elle soit acceptée ou refusée, permettant la prise en charge du transport domicile-travail, d'équipements spécifiques ?

Non Oui, en date du ____/____/20____

3. Observations particulières dont vous souhaitez faire part pour l'étude de votre demande par la commission : joindre au formulaire une lettre sur papier libre décrivant votre besoin de compensation en lien avec votre poste de travail.
4. **Votre demande d'aménagement :**

Concerne : une 1ère demande un renouvellement

NATURE DE LA DEMANDE : (l'agent coche la ou les cases correspondantes)

cochez	Votre demande correspondant à votre besoin (vos besoins) de compensation	Votre commentaire précisant l'apport de cet aménagement dans le cadre de votre activité professionnelle
	Prise en charge du transport Domicile –Travail	
	Aménagement du véhicule personnel	
	Matériels spécifiques (siège ergonomique, loupe, autres) à préciser	
	Interprète en langue des signes	
	Appareillage auditif ou autre prothèse (précisez)	
	APSH : Précisez la quotité souhaitée (*)	
	Auxiliaire de vie	
	Formation spécifique permettant la compensation individuelle à une situation de handicap, précisez quelle formation	
	Aménagement organisationnel : <i>horaires adaptés souhaités, salle de classe adaptée souhaitée, accès parking, autre :</i>	
	Autre, précisez :	

(*) Un contrat est au minimum de 17h30. Si les besoins sont moindres, une solution doit être trouvée en interne.

L'agent		
Date :	Nom prénom :	Signature :
Le supérieur hiérarchique (avis OBLIGATOIRE)		
Date :	Nom, prénom :	
Visa du supérieur hiérarchique et cachet :		
<p><u>Pour toute demande d'aménagement organisationnel,</u> AVIS MOTIVE du supérieur hiérarchique sur la demande au regard des contraintes des services horaires et des locaux :</p>		