

Annexe

Formulaire de demande d'aménagement de poste de travail

Attention, ce formulaire doit être renseigné et complété de toutes les pièces du dossier nécessaires à l'examen de la demande.

A transmettre 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 le cas échéant :

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, équipements spécifiques ?

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

3. Observations particulières que vous souhaitez faire part : rédigez une lettre à joindre au formulaire.

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	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 en interne doit être trouvée.

L'agent		
Date :	Nom prénom :	Signature :

Le supérieur hiérarchique	
Date :	Nom, prénom :
Visa du supérieur hiérarchique et cachet :	
<u>Pour toute demande d'aménagement organisationnel,</u> AVIS du supérieur hiérarchique sur la demande au regard des contraintes des services horaires et des locaux :	