

FORMULAIRE

Dossier Rentrée 2020 Mutation DEPARTEMENTALE Bonification au Titre du Handicap Enseignants du premier degré



Rectorat de
Versailles

Réf : BO spécial N° 10 du 14 novembre 2019
Note de service ministérielle n° 2019-163 du 13-11-2019

SMIS
3, Bd de
Lesseps
78017
Versailles
cedex
01.30.83.46.71

Joindre :

- 1) Une lettre de demande explicative (retentissement sur la vie sociale et professionnelle)
- 2) Un dossier médical documenté comportant un certificat médical de moins de six mois
- 3) La pièce justificative du statut de BOE – Pour les RQTH la notification est obligatoire (la preuve de dépôt à la MDPH ne suffit pas).
- 4) Pour les enfants, un dossier médical documenté.

Date limite de retour du dossier : 30 mars 2020
Afin de traiter au mieux votre demande, merci de nous retourner
le dossier dans les meilleurs délais

Ce dossier est à adresser à l'attention du médecin des personnels de votre département d'affectation




Rectorat de Versailles
Dr Laurence MACKOWIAK-BEL
SMIS-ASH - 3, bd de Lesseps
78017 Versailles cedex

RENSEIGNEMENTS À REMPLIR PAR L'AGENT (EN LETTRES CAPITALES)

Nom – Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Né(e) le : _____

Adresse personnelle : _____

 : _____ adresse mail : _____

Poste actuel : _____

Stagiaire _____

Titulaire du poste (préciser) _____

Affectation exceptionnelle à l'année _____

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

Si oui, à quelle date : _____ et dans quel département : _____

Renseignements Familiaux :

Célibataire marié (e) vie maritale PACS divorcé (e) veuf (ve)

Profession du conjoint : _____

Lieu d'exercice professionnel du conjoint : _____

Pourront bénéficier d'un avis médical prioritaire :

1 - Les agents reconnus BOE

2 - Les conjoints reconnus BOE

3 - Les enfants handicapés (ayant un dossier à la MDPH) ou présentant une pathologie grave nécessitant des soins continus en milieu hospitalier spécialisé

▲ *La situation des ascendants et des fratries n'est pas prise en compte*

Votre situation concerne :

L'agent lui-même : reconnu BOE: OUI NON

Son conjoint : reconnu BOE : OUI NON

Son enfant (âge : _____) : a un dossier MDPH : OUI NON

OUTRE LA CONSTITUTION DE CE DOSSIER MÉDICAL

A RENVOYER A L'ADRESSE INDIQUÉE

**N'OUBLIEZ PAS DE FORMULER VOS VŒUX
SUR LE SERVEUR MUTATIONS**