**Rédacteurs :** Evelyne CADIOU, Brigitte GREFFE, Lala RAMAHATRA, Laurine SÉHIER

**Destinataires :** Instituteurs et professeurs des écoles titulaires des Yvelines

**Objet : Formulaire de demande de priorité médicale**, mouvement complémentaire 2022 par voie d’INEAT/EXEAT

**Date :** 10/03/2022

Personnels concernés (article 2 de la loi du 11 février 2005) :

Seuls peuvent prétendre à une priorité de mutation au titre du handicap les bénéficiaires de l’obligation d’emploi prévue par la loi précitée et qui concerne :

- les travailleurs reconnus handicapés par la commission des droits et de l’autonomie ;

- les victimes d’accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10% et titulaires d’une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;

- les titulaires d’une pension d’invalidité à condition que l’invalidité réduise au moins des deux tiers la capacité de travail ou de gain ;

- les anciens militaires et assimilés, titulaires d’une pension d’invalidité ;

- Les titulaires de la carte d'invalidité délivrée par la commission des droits et de l'autonomie, dès lors qu'elle constate un pourcentage d'incapacité permanente d'au moins 80% ou lorsque la personne a été classée en 3ème catégorie de la pension d'invalidité de la sécurité sociale ;

- les titulaires d’une allocation ou d’une rente d’invalidité pour les sapeurs-pompiers volontaires ;

- les titulaires de l’allocation aux adultes handicapés.

Nom – Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🕿 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Corps : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de titularisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poste actuel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 Titulaire du poste (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 Affectation exceptionnelle à l’année (ex : DIR) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 Autre (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Votre situation concerne :**

🞎 Vous-même : reconnu BOE : OUI **🞎** NON **🞎**

🞎 Votre conjoint : reconnu BOE : OUI **🞎** NON **🞎**

🞎 Votre enfant (âge : \_\_\_\_\_\_\_): a un dossier MDPH : OUI **🞎** NON **🞎**

Vous pouvez formuler jusqu’à **6 vœux**

(**6 départements différents-classés par ordre préférentiel**)

|  |
| --- |
| ***1*** |
| ***2*** |
| ***3*** |
| ***4*** |
| ***5*** |
| ***6*** |

Fait à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature :

**Afin de traiter au mieux votre demande, merci de nous retourner le dossier dans les meilleurs délais sous pli confidentiel à l’adresse suivante:**

**Rectorat de Versailles**

**SMIS - à l’attention du Docteur Laurence MACKOWIAK-BEL**

**3, boulevard de Lesseps**

**78017 VERSAILLES Cedex**