



MOUVEMENT NATIONAL A GESTION DECONCENTREE
DES PERSONNELS ENSEIGNANTS, D'EDUCATION
OU D'ORIENTATION

ANNEXE 13

PHASE INTRA – ACADEMIQUE

<p><u>DOSSIER DE DEMANDE DE MUTATION</u></p> <p><u>POUR SITUATION DE HANDICAP GRAVE</u></p>
<p><u>PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- LETTRE JUSTIFIANT LA DEMANDE.- CARTE COTOREP OU CDAPH- TOUTE PIECE MEDICALE PERMETTANT DE JUSTIFIER LA GRAVITE DU HANDICAP

DOSSIER A RETOURNER DIRECTEMENT A L'ADRESSE CI-DESSOUS **pour le 23 avril 2007 :**

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE NANCY-METZ
SERVICE MEDICAL
2 RUE PHILIPPE DE GUELDRES - CASE OFFICIELLE N° 30013 - 54035 NANCY CEDEX

PERSONNEL CONCERNE :

Mme Mlle M. (Barrer les mentions inutiles)

NOM : **NOM DE JEUNE FILLE :**

PRENOM : **DATE DE NAISSANCE :**

GRADE : **DISCIPLINE :**

- Stagiaire** **Titulaire d'un poste fixe**
- Titulaire exerçant des fonctions de remplacement** **Sortie de réadaptation**
- Autre situation** (ex : affectation à titre provisoire)

AFFECTATION ACTUELLE : **MODALITE :**
.....Définitive
.....Provisoire
.....

ADRESSE PERSONNELLE :
.....
.....
.....

N° DE TELEPHONE : (pour prise de contact par le médecin)
.....

SITUATION FAMILIALE :

.....
.....

PROFESSION DU CONJOINT :

LIEU D'EXERCICE DU CONJOINT :

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE DE – DE 20 ANS au 01.09.2007 OU HANDICAPE(s) :

.....
.....

Reconnu travailleur handicapé

Depuis le :

Catégorie :

VŒUX D'AFFECTATION : JOINDRE LA COPIE DU DOCUMENT DE SAISIE SUR SIAM
*La bonification ne sera accordée que sur le vœu Regroupement Ordonné de
Communes ROC (codifié GEO).*

AVIS DU MEDECIN CONSEILLER TECHNIQUE DU RECTEUR	
PRIORITAIRE	<input type="checkbox"/>
NON PRIORITAIRE	<input type="checkbox"/>
Observations :	
A Nancy, le Signature	
Avis de la commission académique :	