

**DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES**

**DIVISION DES PERSONNELS ENSEIGNANTS**

# Annexe 2

|  |
| --- |
|  |
| **Mouvement InTERacadémique**  **Demande de prioritÉ AU TITRE D’UN HANDICAP** |
|  |

À retourner **avec le dossier médical complet**,

**sous pli confidentiel**, **uniquement par voie postale** et au plus tard le

**29 novembre 2023 cachet de la poste faisant foi** à :

Médecin Conseiller Technique

6, rue de la Toussaint - 67 975 Strasbourg Cedex 9

Nom : Prénom : ………………………………………………….

Nom de naissance : Né(e) le : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Adresse postale personnelle : ………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………...🕿 : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Corps/grade : Discipline : ………………………………………………..

Le handicap1 invoqué concerne :

🞎 l’intéressé(e) 🞎 son conjoint 🞎 son enfant

|  |  |
| --- | --- |
| Affectation au 1er septembre 2023 | Situation de la personne concernée par le handicap |
| * titulaire d’un poste en établissement * titulaire exerçant des fonctions de remplacement   🞎 autre situation, précisez | * travailleurs reconnus handicapés par la MDPH * victimes (accidents du travail ou maladies professionnelles avec incapacité permanente au moins égale à 10% et titulaires d’une rente)   🞎 titulaires d’une pension d’invalidité (capacité réduite  de 2/3)   * anciens militaires et assimilés titulaires d’une pension d’invalidité * titulaires d’une carte d’invalidité si incapacité permanente d’au moins 80% ou classés en 3ème catégorie * titulaires d’une allocation ou rente d’invalidité de sapeurs-pompiers volontaires * titulaires de l’allocation aux adultes handicapés * enfant handicapé ou souffrant d’une maladie grave |
|  |  |

Établissement d'affectation au 01/09/2023 :

|  |  |
| --- | --- |
| Vœux et signature de l’intéressé(e) | Observations du médecin conseiller technique  ou du médecin du travail (indication des priorités) |
| ‑  ‑  Signature : |  |

|  |
| --- |
| **Avis du recteur :**  Fait à ………………………….., le ……………………………..  Signature : |

Demande de priorité au titre du handicap