



**ACADÉMIE
DE CRÉTEIL**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Division des personnels
ATSS et d'encadrement
DPAE**

ANNEXE 4

Circulaire n° 2022-155

Titre: Formulaire pour la médecine de prévention (demande de mobilité des agent en situation de handicap)

**DATE LIMITE D'ENVOI DU DOSSIER :
AU PLUS TARD LE 12 JANVIER 2023 minuit
CONSULTER le BO 15 décembre 2022**

NOM :

Prénom :

Corps : **Grade :**

La procédure concerne **uniquement** les personnels titulaires bénéficiant de la RQTH.

PIECES JUSTIFICATIVES

A envoyer par courrier postal et sous pli confidentiel au service médical du rectorat à l'adresse ci-dessous :

- La fiche de renseignements
- Le document justifiant de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE).
- Une lettre de demande de priorité de mutation au titre du handicap justifiant votre vœu géographique ;
- Un compte rendu médical détaillé récent, rédigé par le médecin généraliste ou par le médecin spécialiste concerné (nature et histoire de la pathologie, traitements suivis et/ou en cours, perspectives évolutives). Il y sera joint une photocopie de toutes pièces utiles (ex : compte-rendu d'hospitalisation).

Rectorat de Créteil
Service Médical – SEMA
A l'attention du Dr Anne-Marie MARTIN
Médecin Conseiller Technique du Recteur
4 rue Georges Enesco
94010 Créteil Cedex
Courriel : ce.sema@ac-creteil.fr

☛ **Une copie du document justifiant de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) doit être jointe à votre demande de mutation.**

RECUEIL DE VOTRE CONSENTEMENT

Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du parlement européen du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et à la législation en vigueur, vos informations sont traitées dans le respect de cette réglementation. Aussi, toutes les données sensibles, en l'espèce concernant la santé, doivent faire l'objet du recueil de votre consentement afin de donner à l'administration les moyens légaux de les traiter dans le cadre de votre demande.

Pour votre complète information, l'absence ou le refus de consentement entraînent l'impossibilité de l'instruction et du traitement de votre candidature

Je, soussigné(e) M. ou Mme
donne l'autorisation afin que les données sensibles communiquées dans le présent dossier soient utilisées pour instruire et traiter ma demande: OUI NON

Je donne mon consentement: : OUI NON

Date et signature :

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS A REMPLIR PAR L'INTERESSE(E)
(EN LETTRES CAPITALES) ET À ENVOYER AU SERVICE MÉDICAL
ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES**

Nom-Prénom : **Nom de jeune fille :**

Né(e) le :

Adresse personnelle :

Tél. : **Email :**

Académie d'origine : **Date d'entrée dans l'académie :**

Notification de la MDPH en date du .../.../.... délivrée par :

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

Si oui, à quelle date ? : **dans quelle académie ? :**

Corps : **Grade :**

Affectation 2022-2023 (Nom et adresse) :

Stagiaire Titulaire du poste Sans poste Mise à disposition du Recteur

VŒUX formulés au MOUVEMENT INTER ACADEMIQUE 2021 sur AMIA :

1..... 3..... 5.....

... Favorable Défavorable ... Favorable Défavorable ... Favorable Défavorable

2..... 4..... 6.....

... Favorable Défavorable ... Favorable Défavorable ... Favorable Défavorable

DATE et SIGNATURE de l'intéressé(e)