ACADÉMIE
DE CRÉTEIL
Liberté
Égalité
Fraternité

Rectorat de l'académie de Créteil
Maison de l'académie de Créteil
Service académique
RH & GRH de proximité
SARH-GRHPROX
Affaire suivie par :
Stéphanie GOAËR
Tél : 01 57 02 62 70
Mél : ce.sarh-grhprox@ac-creteil.fr

Service médical académique
SEMA
Affaire suivie par :
Dr Sabrina HACHANI
Médecin conseiller technique
Assistante : Annie NDJE-MAYAGI
Tél : 01 57 02 67 51
Mél : ce.sema@ac-creteil.fr

Bâtiment Julie-Victoire Daubié
21, rue Julie-Victoire Daubié
94 010 Créteil Cedex
www.ac-creteil.fr

SECOND DEGRÉ

DOSSIER DE CANDIDATURE
AFFECTATION SUR POSTE ADAPTÉ
RENTRÉE SCOLAIRE 2027 – 2028

SORTIE DU DISPOSITIF D'AFFECTATION SUR POSTE ADAPTÉ

Le présent dossier permettra de vous accompagner et de préparer votre sortie du dispositif dans les meilleures conditions

à adresser en 3 exemplaires au :

Médecin Conseiller Technique auprès du Recteur
Service Médical Académique
« Affectation sur poste adapté »,

Maison de l'académie de Créteil
Bâtiment Julie-Victoire Daubié
21, rue Julie-Victoire Daubié
94010 CRÉTEIL Cedex.

NOM : **PRÉNOM :**

Corps : **Discipline :**

Département d'exercice : ☐ **77** ☐ **93** ☐ **94**

Rappel des pièces à joindre au dossier *:

☐ ***En 3 exemplaires, joints à ce dossier :***

☐ lettre de présentation du projet professionnel ;

☐ éventuellement reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH, notification de décision) ;

☐ ***En 1 exemplaire :***

☐ un courrier circonstancié récent (moins de 2 mois) des médecins traitants décrivant la situation médicale de l'intéressé(e), **sous pli cacheté**.

*** Le dossier ne pourra être étudié que s'il comporte l'intégralité des pièces demandées.**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Informations personnelles

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance : / / à

Situation de famille :

Profession du conjoint :

Nombre d'enfant(s) : Age du/des enfant(s) :

Adresse personnelle :

Code postal :

Ville :

Numéro de téléphone : fixe : / / / / portable : / / / /

Mail : @

Informations professionnelles

Département d'exercice :

Établissement d'exercice :

Ancienneté des services au 01/09/2026 :

Echelon :

Date de la 1ère titularisation : / /

Avez-vous déjà occupé un poste à temps partiel ? □ oui □ non

Informations sur vos congés

Vos congés durant l'année scolaire 2025-2026		
Typologie : *CLM ; CLD ; CMO*	Début	Fin

Vos congés durant l'année scolaire 2026-2027		
Typologie : *CLM ; CLD ; CMO*	Début	Fin

CITIS (congés pour accident de service ou maladie professionnelle)	
Début	Fin

- Éventuellement, votre taux de votre pension :

- Bénéficiez-vous d'une autre pension ? □ oui □ non

  Si oui, laquelle :

- Disponibilité d'office pour raisons de santé :

- Disponibilité pour convenances personnelles :

- Etes-vous reconnu(e) BOE (Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi) ? □ oui □ non

  (Dans l'affirmative, joindre la copie du justificatif : notification de décision)

- Avez-vous déjà exercé une autre activité professionnelle ? □ oui □ non

  Laquelle ?

  Pendant combien d'années ?

Date et signature de l'intéressé(e) précédée de la mention « *Lu et approuvé* » :

FICHE DE VŒUX D'AFFECTATION
ANNÉE 2027 - 2028

Nom : Prénom :

VOUS DEMANDEZ :

LA SORTIE DU DISPOSITIF D'AFFECTATION SUR POSTE ADAPTÉ ☐

<u>Projet professionnel envisagé à la sortie du dispositif :</u> (à compléter par une lettre de présentation)

Il vous est demandé de décrire votre projet <u>à titre indicatif</u>, celui-ci ne vous engage pas pour l'avenir et pourra être revu au moment de votre sortie du dispositif en fonction de l'évolution de votre projet professionnel ou de votre situation et en lien avec le médecin des personnels et le conseiller en accompagnement professionnel.

Sortie envisagée :

☐ Retour sur vos fonctions d'origine

☐ Changement de discipline

☐ Détachement

☐ Reclassement sur poste de type administratif

☐ Autre (précisez) :

DOSSIER DE CANDIDATURE : AFFECTATION SUR POSTE ADAPTÉ

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 règlementation. 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)
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 :