



RÉGION ACADÉMIQUE  
LA RÉUNION

Liberté  
Égalité  
Fraternité

**DPATE**  
**Demande de prise en compte du handicap au titre de la mobilité-**  
**année : 2021**

**PREINSCRIPTION MOBILITE ACADEMIQUE ☐**  
**MOUVEMENT INTRA-ACADEMIQUE ☐**

A retourner

Impérativement pour le **30 avril 2021** au Médecin Conseiller Technique du Recteur, Dr Pierre MAGNIN  
Résidence Camélia 32 – 10, boulevard Notre Dame de la Trinité - 97400 SAINT-DENIS ☎ : 02 62 73 19 32 – mdp.secretariat@ac-reunion.fr

**(Partie à remplir par l'usager)**

**SITUATION PERSONNELLE**

Nom : ..... Prénom : ..... ☐ Célibataire  
Nom de jeune fille : ..... ☐ Marié (e)  
Né(e) le : ..... Commune : ..... ☐ Pascé (e)  
Adresse : ..... ☐ Concubinage  
Code Postal : ..... Commune de résidence : .....  
Nbre d'enfants à charge : ..... Profession du conjoint : .....  
Email : ..... Lieu du travail : .....

**SITUATION ADMINISTRATIVE**

Corps ou Grade : .....  
Établissement d'affectation à la rentrée de l'année scolaire en cours : .....  
Ville d'affectation (quartier) : .....  
Commune d'affectation : .....  
Situation actuelle :  
☐ Titulaire du poste ☐ Stagiaire ☐ Délégation d'exercice ☐ Poste logé  
☐ Autre situation, précisez : ..... ☐ Affectation provisoire  
Commune : .....

**Souhait d'affectation:** (établissements, communes, académies....) :

.....  
.....  
.....

**A V I S M E D I C A L**

*Partie à remplir par le médecin conseiller technique du recteur ou le médecin de prévention.*

**Reconnaissance du handicap :**

- RQTH (ou assimilée) candidat	RQTH (ou assimilée) conjoint	RH enfant malade
.....	.....	.....

**Le dossier médical :**

Statut handicap ou maladie grave	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
L'état de santé ou le handicap de l'agent ou de ses proches nécessitent impérativement une prise en charge médicale dans un autre lieu géographique que celui du lieu d'exercice (offre de soins spécifique)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le mouvement permettrait des conditions de travail plus adaptées pour l'agent du fait de son handicap ou de sa maladie grave Cf. accessibilité aux locaux, aménagements de poste, etc.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**Observations éventuelles :**

.....  
.....

Avis : ☐ Favorable ☐ Défavorable

Médecin Conseiller Technique du Recteur

Dr Pierre MAGNIN

**A V I S D U R E C T E U R**

Fait à Saint-Denis, le ..... Signature