

NOTICE DE RENSEIGNEMENTS

à joindre à toute demande de première affectation ou de maintien sur un poste adapté

NOM - PRENOM :

.....

CORPS – GRADE :

DISCIPLINE OU SPECIALITES :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

SITUATION DE FAMILLE :

PROFESSION DU CONJOINT :

NOMBRE ET AGE DES ENFANTS A CHARGE :

ADRESSE PERSONNELLE

.....

ADRESSE ELECTRONIQUE.....

N° DE TELEPHONE

TITRES ET DIPLÔMES.....

.....

AFFECTATION ACTUELLE

DATE DE NOMINATION DANS LE POSTE ACTUEL : ECHELON ACTUEL :

ANCIENNETE GENERALE DE SERVICE AU 01/09/2015 : ans mois jours.

RECONNAISSANCE QUALITE DE TRAVAILLEUR HANDICAPE : OUI NON

CONGES ANTERIEURS (CLM, CLD, ...) :

.....

OBSERVATIONS EVENTUELLES :

NATURE DU POSTE ADAPTE SOUHAITE (COCHER LE POSTE CHOISI) :

Poste adapté de courte durée

Poste adapté de longue durée

TYPE DE POSTE SOUHAITE SELON LE PROJET PROFESSIONNEL POURSUIVI (COCHER LE POSTE CHOISI) :

PEDAGOGIQUE : enseignement par correspondance auprès du CNED.

ADMINISTRATIF (cocher ci-après) : bibliothèque documentation secrétariat

Avis circonstancié du supérieur hiérarchique :

Date et signature de l'agent :

Photo

Demande de poste adapté

Nom – Prénom :

Poste souhaité : courte durée longue durée

Motif de la demande :

Esquisse du projet professionnel

Nom – Prénom :

Certificat médical confidentiel à compléter par le médecin traitant généraliste ou spécialiste du patient

**réservé à l'usage exclusif du médecin conseiller technique ou du médecin de
prévention
en faveur des personnels de l'académie de Montpellier**

document soumis au secret professionnel
article 226-13 du Code Pénal

Nom d'usage.....	Prénom.....
Nom de naissance.....	Date de naissance.....
Adresse.....	
.....	
.....	

Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap :

Histoire de la ou les pathologie(s) invalidante(s)
Date de début des troubles :
Origine, circonstance d'apparition :
<input type="checkbox"/> compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Description clinique actuelle :
Evolution prévisible :

Traitements, prises en charge thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires...)

Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charges paramédicales régulières
- Autre (préciser)

Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient

Certificat médical établi le.....

Signature et cachet du médecin