

**Rectorat**

**Service Académique  
RH & GRH de Proximité**

Affaire suivie par  
Stéphanie GOAËR

Téléphone  
01 57 02 62 72

Fax  
01 57 02 69 32

Mél

[ce.sarh-grhprox@ac-creteil.fr](mailto:ce.sarh-grhprox@ac-creteil.fr)

4 rue Georges Enesco  
94010 Créteil cedex  
Web : [www.ac-creteil.fr](http://www.ac-creteil.fr)

**Service médical  
DSDEN 77**

Affaire suivie par  
Dominique MASSOT

Téléphone  
01 64 41 26 31

Fax  
01 64 41 26 82

Mél

[ce.77medprev@ac-creteil.fr](mailto:ce.77medprev@ac-creteil.fr)

**Service médical  
DSDEN 93**

Affaire suivie par  
Alexandra VAUGIRARD

Téléphone  
01 43 93 70 91

Mél

[ce.93medprev@ac-creteil.fr](mailto:ce.93medprev@ac-creteil.fr)

**Service médical  
de prévention - Rectorat**

Affaire suivie par  
Hélène BEUCHAT

Téléphone  
01 57 02 68 30

Fax  
01 57 02 68 34

Mél

[ce.94medprev@ac-creteil.fr](mailto:ce.94medprev@ac-creteil.fr)

# PREMIER DEGRÉ

## DOSSIER DE CANDIDATURE AFFECTATION SUR POSTE ADAPTÉ RENTRÉE SCOLAIRE 2020 – 2021

### **SORTIE DU DISPOSITIF D'AFFECTATION SUR POSTE ADAPTÉ**

à adresser en 3 exemplaires :

**Pour la direction des services départementaux de Seine-et-Marne**  
à l'attention de Madame CAGNIONCLE – IEN MRH : 01 80 39 61 74  
20 quai Hippolyte Rossignol – 77010 Melun Cedex

**Pour la direction des services départementaux de Seine-Saint-Denis**  
à l'attention de Madame SITCHARN – DIMOPE 5 : 01 43 93 72 51  
8 rue Claude Bernard – 93008 Bobigny Cedex

**Pour la direction des services départementaux de Val-de-Marne**  
à l'attention de Madame GOBERT – DRHM Service des affaires médicales  
Tel : 01 45 17 62 07  
68 avenue du Général de Gaulle – 94011 Créteil Cedex

**NOM :**

**PRÉNOM :**

**Corps :**

*Instituteur*

*Professeur des Écoles*

**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.**

## 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 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)

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 :



## Informations sur vos congés

### Vos congés durant l'année scolaire 2018-2019

| Typologie : <i>CLM ; CLD ; CMO</i> | Début | Fin |
|------------------------------------|-------|-----|
|                                    |       |     |
|                                    |       |     |
|                                    |       |     |
|                                    |       |     |

### Vos congés durant l'année scolaire 2019-2020

| Typologie : <i>CLM ; CLD ; CMO</i> | Début | Fin |
|------------------------------------|-------|-----|
|                                    |       |     |
|                                    |       |     |
|                                    |       |     |
|                                    |       |     |

### Congés pour Accident de Service

| 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 ?

- Avez-vous l'intention de formuler des vœux dans le cadre du mouvement général ?     oui     non

\* Dans l'affirmative, lesquels ?

\* Avec une demande de bonification de 500 points pour raisons médicales ?

oui                       non

Date et signature de l'intéressé(e) précédée de la mention « Vu et pris connaissance »:

## FICHE DE VŒUX D'AFFECTION ANNÉE 2020 -2021

Nom :

Prénom :

**VOUS DEMANDEZ :**

**LA SORTIE DU DISPOSITIF D'AFFECTION SUR POSTE ADAPTÉ**

**Projet professionnel envisagé à la sortie du dispositif : (à compléter par une lettre de présentation)**

Il vous est demandé de décrire votre projet à titre indicatif, 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 service RH.

**Sortie envisagée :**

Retour sur vos fonctions d'origine

Détachement

Reclassement sur poste de type administratif

Autre (précisez) :