

Dossier de demande

d’aménagement du poste de travail

**IDENTITÉ**

[ ]  M. [ ]  Mme [ ]  Mlle

NOM :       Prénom :

NOM DE NAISSANCE :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal :       Commune :

Téléphone fixe :       Téléphone portable :

Adresse courriel :

**SITUATION FAMILIALE**

[ ]  Marié ou Pacsé [ ]  Concubinage [ ]  Célibataire [ ]  Divorcé [ ]  Veuf

Profession du conjoint ou du concubin :

Nombre d'enfants à charge :

Age des enfants à charge :

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

[ ]  Agent titulaire ou stagiaire de la fonction publique [ ]  Agent contractuel de droit public en CDI

[ ]  Agent contractuel de droit public en CDD du       au

[ ]  Emploi aidé précisez la nature du contrat (CAE, CUI, PEC, PACTE) :

[ ]  Volontaire du service civique

Fonctions exercées :

Établissement ou service :

Adresse :

Téléphone :       Courriel :

Vous exercez vos fonctions : [ ]  à temps complet [ ]  à temps partiel Précisez la quotité de temps partiel :

**CATÉGORIE DE BÉNÉFICIAIRE**

*Cochez la case correspondante pour indiquer votre catégorie de bénéficiaire et joignez la pièce justificative.*

[ ]  Travailleur reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

[ ]  Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10% et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire.

[ ]  Titulaire d’une pension d’invalidité réduisant au moins des deux tiers la capacité de travail ou de gain.

[ ]  Ancien militaire et assimilé, titulaire d'une pension militaire d'invalidité au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

[ ]  Titulaire d'une allocation ou d’une rente d’invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91-1389 du 31 décembre relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers.

[ ]  Titulaire de la carte d'invalidité (article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles).

[ ]  Titulaire de l’allocation adulte handicapé.

[ ]  Agent reconnu inapte à l’exercice des fonctions par le comité médical ou la commission de réforme.

[ ]  Agent reconnu apte à l’exercice des fonctions avec restrictions par le comité médical ou la commission de réforme.

[ ]  Agent en disponibilité d’office pour raisons de santé.

[ ]  Agent rencontrant des problèmes de santé de nature à réduire sa capacité de travail, n’entrant pas dans les catégories ci-dessus (n’ayant pas fait l’objet d’une reconnaissance de travailleur handicapé ni d’un avis du comité médical).

**Précisez la typologie de votre handicap** (ces données resteront strictement confidentielles) :

[ ]  Visuel [ ]  Moteur [ ]  Auditif [ ]  Maladie chronique invalidante [ ]  Autre

**NATURE DE LA DEMANDE**

**Aménagements du poste de travail**

[ ]  Prothèses auditives ;

[ ]  Autres prothèses et orthèses ;

[ ]  Fauteuil roulant ;

[ ]  Transport adapté domicile/travail ;

[ ]  Transport adapté dans le cadre des activités professionnelles ;

[ ]  Aménagement du véhicule personnel ;

[ ]  Accès aux locaux professionnels ;

[ ]  Aménagements spécifiques de l’environnement de travail (mobilier adapté, bureautique…) ;

[ ]  Télétravail ;

[ ]  Auxiliaire dans le cadre des actes quotidiens de la vie professionnelle ;

[ ]  Auxiliaire dans le cadre des actes professionnels ;

[ ]  Interprète en langue des signes, codeur, transcripteur, visio-interprétation en LSF ;

[ ]  Bilan de compétence, prestation spécifique d’orientation professionnelle ;

[ ]  Formation destinée à compenser le handicap ;

[ ]  Formation dans le cadre d’un reclassement ou d’une reconversion professionnelle pour raison de santé.

Précisez votre demande :

Description des matériels, équipements ou autres aménagements demandés :

**Aménagement des horaires de travail sans allégement**

*Cette aide ne peut pas être attribuée aux personnels enseignants du premier degré, les horaires d’entrée et sortie des écoles n’étant pas aménageables.*

Précisez l’aménagement souhaité :

**Temps partiel au titre du handicap**

Quotité demandée :

Précisions éventuelles :

**Allègement des horaires de travail (personnels enseignants)**

Bénéficiez-vous déjà d’un allégement de service ? [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, précisez le nombre d’heures ou de demi-journées hebdomadaires :

Nombre d’heures d’allégement demandées (enseignant du second degré) :

[ ]  1 heure [ ]  2 heures [ ]  3 heures [ ]  4 heures [ ]  5 heures [ ]  6 heures

Nombre de demi-journée d’allégement demandé (enseignant du premier degré)

[ ]  1 demi-journée [ ]  2 demi-journées

Précisions éventuelles :

**Priorité pour les mutations**

Précisez la ou les campagnes de mutations auxquelles vous participez :

[ ]  Mouvement inter académique ou inter départemental

[ ]  Mouvement intra académique ou départemental

Précisez la zone géographique demandée :

Académie :       Département :

Commune de laquelle vous souhaitez vous rapprocher :

**Attention : les modalités d’attribution de la priorité pour les mutations diffèrent selon le corps d’appartenance. Il est donc nécessaire de se référer aux circulaires académiques et départementales pour en connaître les modalités précises. La demande exprimée sur le présent formulaire ne vous dispense pas de participer aux opérations de mutation dans les délais et selon les modalités décrites dans les circulaires académiques ou départementales relatives aux mutations.**

**Précisez votre ou vos demandes** en explicitant en quoi elles sont de nature à favoriser l’exercice de vos fonctions dans des conditions compatibles avec votre handicap et / ou votre état de santé. (Joindre si vous le souhaitez une lettre sur papier libre.)

Fait à :       Le :

Signature du demandeur :

Visa et avis du supérieur hiérarchique :

Fait à :       Le :

Signature :

**DOCUMENTS A JOINDRE**

[ ]  Justificatif de reconnaissance du handicap

[ ]  Attestation d’attribution ou de non-attribution de la prestation de compensation du handicap attribuée par la MDPH

[ ]  Certificats et documents médicaux destinés au médecin de prévention qui formulera un avis sur votre demande (ne sont pas nécessaires pour une demande de temps partiel de droit)

[ ]  Devis concernant le matériel ou la prestation demandés (il peut s’agir de copies de pages internet faisant apparaître le descriptif et le prix)

**Pour les demandes de prothèses auditives**

[ ]  Devis d’audioprothésiste indiquant les montants pris en charge par la sécurité sociale et par la mutuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Aménagement du poste de travail | À tout moment |
| Aménagement des horaires de travail sans allégement | À tout moment (la mise en place peut être différée à la rentrée scolaire suivant la demande en fonction des contraintes de l’organisation du service) |
| Allégement de service | Avant la fin du mois de février de l’année scolaire en cours pour mise en place à la rentrée scolaire suivante. |
| Temps partiel au titre du handicap (personnels enseignants) | Avant la fin du premier trimestre de l’année scolaire en cours pour mise en place à la rentrée scolaire suivante. |
| Temps partiel au titre du handicap (personnels administratifs) | Avant la fin mars de l’année scolaire en cours pour mise en place à la rentrée scolaire suivante. |
| Demande de mutation prioritaire | Au plus tard à la date de retour de la confirmation de participation au mouvement. |