

**ANNEXE 3**  
**DEMANDE D'AFFECTATION EN POSTE ADAPTE**

POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2021  
(À retourner à la DSDEN et au service de santé pour le 18 décembre 2020)

NOM :

PRENOMS :

**I - SITUATION ACTUELLE** (cocher la ou les cases correspondantes)

- |                                   |   |  |   |   |
|-----------------------------------|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> EN POSTE | <input type="checkbox"/> temps plein            | <input type="checkbox"/> temps partiel (préciser la quotité) |   |   |
| <input type="checkbox"/> CMO      | <input type="checkbox"/> CLM                    | <input type="checkbox"/> CLD                                 | <input type="checkbox"/> en temps partiel thérapeutique | <input type="checkbox"/> en disponibilité d'office après CLM ou CLD |
| <input type="checkbox"/> PACD     | <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> année | <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> année              | <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> année         |   |
| <input type="checkbox"/> PALD     | <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> année | <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> année              | <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> année         | <input type="checkbox"/> 4 <sup>ème</sup> année                     |

Personnel déjà en poste adapté :

Lieu d'exercice :

Horaire hebdomadaire effectué :

Nature du poste occupé :

Description des fonctions assurées :

Personnel bénéficiant d'un AMENAGEMENT DU POSTE au niveau des horaires

Adaptation des horaires journaliers

Aménagement de l'emploi du temps (O.R.S. réduites jusqu'au tiers pour effectuer d'autres tâches)

Fonctions assurées pendant la décharge :

Nombre d'heures de décharge :

Aménagement de l'emploi du temps (regroupement des O.R.S. sur quelques jours)

Allègement de service (O.R.S. réduites jusqu'au tiers)

Nombre d'heures de décharge :

Personnel bénéficiant d'une MISE A DISPOSITION D'UNE SALLE DE COURS

Personnel bénéficiant d'un AMENAGEMENT DU POSTE au niveau matériel

mise à disposition d'un équipement

Personnel bénéficiant d'une ASSISTANCE HUMAINE

**II - NATURE DE LA DEMANDE** (cocher la ou les cases correspondantes)

1<sup>ère</sup> demande de poste adapté

PACD

PALD

Renouvellement

2<sup>ème</sup> année de PACD

3<sup>ème</sup> année de PACD

PALD

