



DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EDUCATION NATIONALE DES BOUCHES DU RHÔNE

Division des Personnels
Emilie Coignard
04 91 99 67 45
Ce.dpe13-mouv-inter@ac-aix-marseille.fr

IMPORTANT : Ce formulaire s'adresse aux PE souhaitant intégrer les Bouches-du-Rhône uniquement. Pour les personnels souhaitant quitter les Bouches-du-Rhône, vous devez télécharger le formulaire d'exeat sur notre site internet ainsi que le formulaire d'ineat sur le site du département souhaité (Attention, certains départements n'ont pas de formulaire).

DEMANDE D'INEAT DIRECT - RENTREE SCOLAIRE SEPTEMBRE 2018

IDENTITE DE L'ENSEIGNANT
NOM – Prénom :
Nom de jeune fille :
Adresse personnelle :
N° de téléphone fixe :
Adresse dans les BDR :
N° de téléphone portable :
Adresse mail :
SITUATION PERSONNELLE\*(1)
Célibataire Pacsé(e) Marié(e)
Divorce / Rupture de pacs Concubinage Veuf(ve)
SITUATION ADMINISTRATIVE\*
GRADE : Instituteur Professeur des écoles Professeur des écoles hors classe
ECHELON :
DEPARTEMENT D'ORIGINE :
DERNIERE AFFECTATION :
FONCTION :
POSITION ACTUELLE\*
En activité OUI NON
En disponibilité jusqu'au : Prolongation de disponibilité 2018-2019 OUI NON
En congé parental jusqu'au : Prolongation du congé parental 2018-2019 OUI NON
En congé de maternité jusqu'au : Demande de congé parental 2018-2019 OUI NON
En congé de longue maladie jusqu'au : Prolongation du CLM 2018-2019 OUI NON
En congé de longue durée jusqu'au : Prolongation du CLD 2018-2019 OUI NON
Demandez-vous un temps partiel ou mi-temps à la rentrée 2018 : OUI NON Quotité : %
TITRE ET DIPLOME PROFESSIONNELS\*
Titre et diplôme obtenu : CAPA-SH CAPSAIS CAFIPEMF CAEI PSYCHOLOGUE SCOLAIRE
Directeur établissement spécialisé Habilitation culture / langues régionale
Diplôme culture / langue régionale (joindre copie diplôme)
Date d'obtention : Option ou Spécialité :
Inscriptions sur la L.A de directeur d'école 2018 : oui non

DEPARTEMENTS DEMANDES (dans l'ordre des priorités)	VŒUX D'AFFECTATION POUR LA PROCHAINE RENTREE SCOLAIRE dans les Bouches-du-Rhône
1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....	<p>Ne pas indiquer de postes précis mais un ou plusieurs arrondissements pour MARSEILLE, une ou plusieurs communes pour le département. Indiquer le type d'établissement souhaité : élémentaire, pré-élémentaire, spécialisé.</p> 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....

MOTIFS DE LA DEMANDE*(1)	
<p><input type="checkbox"/> <b>Rapprochement de conjoint</b></p> <p>Profession du conjoint: .....</p> <p> <input type="checkbox"/> Fonctionnaire Militaire, Gendarme ou Magistrat  <input type="checkbox"/> Autre fonctionnaire  <input type="checkbox"/> Entreprise privée (Salarié cadre ou non cadre)  <input type="checkbox"/> Intermittent du spectacle  <input type="checkbox"/> Profession libérale  <input type="checkbox"/> Chef d'entreprise, commerçant, artisan, auto-entrepreneur ou structure équivalente.  <input type="checkbox"/> Sans profession, inscrit à Pôle emploi         </p> <p>(Attention : il faut justifier de 6 mois d'activité dans le département demandé pour que la période d'inscription à Pôle emploi soit prise en compte)</p> <p> <input type="checkbox"/> Sans profession, non inscrit à pôle emploi  <input type="checkbox"/> Retraité  <input type="checkbox"/> Intérimaire  <input type="checkbox"/> En formation professionnelle         </p> <p>Département d'exercice professionnel du conjoint : .....</p> <p style="text-align: center;"><b>ou</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Autorité parentale conjointe</b></p> <p>Département du lieu de résidence du détenteur de l'autorité parentale conjointe : .....</p> <p style="text-align: center;"><b>ou</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Parent isolé</b></p> <p>Département susceptible d'améliorer les conditions de vie de l'enfant : .....</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Priorité médicale</b></p> <p>demande de majoration de 800 points (uniquement pour les personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi : personnel titulaire, conjoint, enfant reconnu handicapé ou malade). Envoyer impérativement votre demande de priorité médicale au Dr Fabbricelli : <a href="mailto:marielle.fabbricelli@ac-aix-marseille.fr">marielle.fabbricelli@ac-aix-marseille.fr</a></p> <p style="text-align: center;"><b>ou</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>RQTH</b> demande de majoration Bonification de 100 points non cumulable avec la priorité médicale. Elle est attribuée d'office au candidat bénéficiaire de l'obligation d'emploi.</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> <b>Priorité sociale</b> Envoyer impérativement votre demande de priorité sociale aux assistantes sociales: <a href="mailto:sylvie.bucquet@ac-aix-marseille.fr">sylvie.bucquet@ac-aix-marseille.fr</a> <a href="mailto:florence.mouly@ac-aix-marseille.fr">florence.mouly@ac-aix-marseille.fr</a></p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> <b>CIMM</b> demande de majoration de 600 points sur le vœux 1 en DOM/COM ou Mayotte pour les agents pouvant justifier de la présence dans ce département de leurs intérêts matériels et moraux. Compléter l'annexe jointe à la circulaire.</p>

\* Je déclare avoir pris connaissance des dispositions réglementaires relatives aux mutations et m'engage, en cas d'obtention de l'exeat et de l'ineat, à reprendre mon activité au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et rejoindre le poste qui me sera attribué dans le département obtenu. Dans le cas contraire, le département se réserve le droit d'annuler l'ineat.

A ..... le, .....

Signature de l'intéressé(e) :

\* Cocher la ou les cases correspondantes.

(1) Joindre les pièces justificatives : faute de production de ces pièces, votre demande ne sera pas examinée.