

DSDEN des BOUCHES DU RHONE Division des Personnels Enseignants 1er du

degré - Service DPE 2 -

Dossier suivi par : Monique VEAUGIER

Nadine ANDRAUD

2: 04.91.99..66.44 ou 67.52

Mél: monique.veaugier@ac-aix-marseille.fr ce.mouvement13@ac-aix-marseille.fr

ANNEXE 1: FICHE DE RENSEIGNEMENTS

DEMANDE D'AMENAGEMENTS DES HORAIRES DU POSTE **D'AFFECTATION SUR POSTE ADAPTE**

POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2016 (Retour service DPE 2 et médecin de prévention pour le 18 décembre 2015)

CITILATION ADMINISTRATIVE

1- SITUATION ADMINISTRATIVE	
Nom : Nom de jeune fille :	Corps : Fonctions : (à cocher) ☐ directeur ☐ directeur adjoint ☐ enseignement spécialisé
Prénoms :	☐ brigade
Date de naissance :	Echelon actuel :
Etablissement d'affectation actuel :	
Situation de famille (à cocher) : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) PACSE(e) Veuf (ve)	Adresse personnelle :
Profession du conjoint :	N° téléphone : N° portable :
Nombre d'enfants :	Mél:
Autre charge de famille :	
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (à cocher) : Oui Non Dates (début et de fin) : Demande en cours auprès de la MDPH	Fournir copie en cas d'obtention récente ou de renouvellement récent du statut de travailleur handicapé
II – PARCOURS PROFESSIONNEL	

Année de recrutement :		
Ancienneté générale de service au 1/09/2015 :		
Dossier de demande de retraite déposé (à cocher) : Oui	□ Non	
Pour quelle date de départ :		
Bénéfice éventuel des droits à la retraite à 55 ans (à cocher) :	□ Oui	□ Non



DSDEN des BOUCHES DU RHONE Division des Personnels Enseignants 1^{er} du

degré - Service DPE 2 -

Dossier suivi par : Monique VEAUGIER

Nadine ANDRAUD

2: 04.91.99..66.44 ou 67.52

Mél: monique.veaugier@ac-aix-marseille.fr ce.mouvement13@ac-aix-marseille.fr

ANNEXE 2: **DEMANDE D'AMENAGEMENTS DES HORAIRES DU POSTE POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2016**

(Retour service DPE 2 et médecin de prévention pour le 18 décembre 2015)

	: PRENOMS :					
- SITUATIO	N ACTUELLE	(cocher la ou	ı les cases (correspondantes)		
	N POSTE		☐ temp	ps plein		□ temps partiel (préciser la quotité)
□с	MO 🗆 CLM	□ CLD	□ en te	mps partiel thérap	eutique	□ en disponibilité d'office après CLM ou CLD
□Р	ACD □ 1 ^{ère} anr	née □ 2 ^è	^{eme} année	□ 3 ^{ème} année		
□F	ALD □ 1 ^{ère} ar	ınée □ 2	g ^{ème} année	□ 3 ^{ème} année	□ 4 ^{ème}	année
Lieu Hora Natu	ersonnel déjà e d'exercice : ire hebdomadai re du poste occi cription des fonc	re effectué : upé :				
⊔ ₽	☐ Adaptation of Aménagement Fon Non ☐ Aménagement ☐ Allègement	des horaires ent de l'empl actions assur mbre d'heure ent de l'empl	journaliers loi du temps ées pendar es de décha loi du temps O.R.S. rédu	s (O.R.S. réduites junt la décharge : arge : s (regroupement de uites jusqu'au tiers)	usqu'au tie	ers pour effectuer d'autres tâches)
□ P	rsonnel bénéfi	ciant d'une	MISE A DI	ISPOSITION D'UNE	SALLE	DE COURS
□ P	ersonnel bénéfi mise à dispo			MENT DU POSTE a	au niveau	matériel
□ P	ersonnel bénéfi	ciant d'une	ASSISTAN	NCE HUMAINE		
	SEMENTS DES s cases correspo		S DU PO	STE SOUHAITES	S AU TITI	RE DE L'ANNEE 2016-2017
daptation d	es horaires jou	rnaliers (à p	réciser)			
assique) diquer l'ordre □➡ fonction	nt de l'emploi d de priorité par n as administrative n charge de petit	numérotation es		es jusqu'au tiers po		er des tâches différentes de l'activité professionnelle

🛘 aménagement de l'emploi du temps (regroupement des O.R.S. sur quelques jours) (à préciser)
<u>Il allègement de service</u> (réduction de l'ORS jusqu'au tiers pour suivre des soins médicaux) Nombre d'heures (à préciser):
III – ATTRIBUTION D'UNE SALLE DE COURS SOUHAITEE AU TITRE DE L'ANNEE 2016-2017
🛘 mise à disposition d'une salle de cours (à préciser)
Date et signature de l'agent,
Avis du supérieur hiérarchique (à cocher) :
□ favorable □ défavorable
Commentaires éventuels sur la demande :
Date et visa,



DSDEN des BOUCHES DU RHONE Division des Personnels Enseignants 1^{er} du

degré - Service DPE 2 -

Dossier suivi par : Monique VEAUGIER

Nadine ANDRAUD

2: 04.91.99..66.44 ou 67.52

Mél: monique.veaugier@ac-aix-marseille.fr ce.mouvement13@ac-aix-marseille.fr

ANNEXE 3: **DEMANDE D'AFFECTATION EN POSTE ADAPTE POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2016**

(Retour service DPE 2 et médecin de prévention pour le 18 décembre 2015)

NOM :					PF	RENOMS:
ı çıtı	IATION AC	TUELLE	(a a ab an Ia au		-1	
1-5110			cocher la ou	les cases correspondantes □ temps plein	5)	☐ temps partiel (préciser la quotité)
	□СМО	□ CLM	□ CLD	☐ en temps partiel the	érapeutique	☐ en disponibilité d'office après CLM ou CLD
	□ PACD	□ 1 ^{ère} ann	ée □ 2 ^{èm}	^{le} année □ 3 ^{ème} ann	ée	
		□ 4 ^{ème} a				
	Lieu d'exe Horaire he Nature du	ercice : ebdomadair poste occu				
	□ A □ A	Adaptation d Aménageme Fond Nom Aménageme Allègement d	es horaires jent de l'emplo ent de l'emplo etions assuré ent de l'emplo de service (O		tes jusqu'au tie	ers pour effectuer d'autres tâches)
	☐ Person	nel bénéfic	ciant d'une l	MISE A DISPOSITION D'	UNE SALLE	DE COURS
			ciant d'un A l sition d'un éd	MENAGEMENT DU POS quipement	TE au niveau	matériel
	☐ Person	nel bénéfic	ciant d'une	ASSISTANCE HUMAINE		
☐ 1 ^{ère} ☐ Ren	demande de ouvellement OJET PRO	poste adap (☐ 2 ^{ème} a	té nnée de PAC NEL	la ou les cases correspon CD 3ème année de P tre le retour dans les fo	ACD ☐ PA	LD) ieures ou de préparer une reconversion
Projet p	rofessionne	el en cours	ou envisage	<u>é</u> (cocher la case selon	l'option chois	sie) :
□ retou	r aux fonctior	ns antérieur	es			
□ mobil		ation de cor	cours interne	e(s) ou externe(s) cou sans mobilité géogra	phique	
□ réorie	entation vers	le secteur p	rivé			
autre						

Description du projet	professionnel en cours ou en	<u>visagé</u> :	
	•••••		
•••••			
	<u>es (</u> cocher la ou les cases sel	on l'affectation désirée)	
Affectations souhaitée	es (cocher la ou les cases sel	on l'affectation désirée)	☐ Autre (à préciser)
			☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée	☐ Poste administratif		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée			☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée	☐ Poste administratif éterminé par l'administration		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de	☐ Poste administratif éterminé par l'administration		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de	☐ Poste administratif éterminé par l'administration		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de	☐ Poste administratif éterminé par l'administration		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de	☐ Poste administratif éterminé par l'administration		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de	☐ Poste administratif éterminé par l'administration		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de	☐ Poste administratif éterminé par l'administration		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de	☐ Poste administratif éterminé par l'administration		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de	☐ Poste administratif éterminé par l'administration		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de Formation(s) souhaité	Poste administratif éterminé par l'administration e(s):		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de	Poste administratif éterminé par l'administration e(s):		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de Formation(s) souhaité	Poste administratif éterminé par l'administration e(s):		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de Formation(s) souhaité	Poste administratif éterminé par l'administration e(s):		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de Formation(s) souhaité	Poste administratif éterminé par l'administration e(s):		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de Formation(s) souhaité Date et signature de l'ag	Poste administratif éterminé par l'administration e(s):		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de Formation(s) souhaité	Poste administratif éterminé par l'administration e(s):		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de Formation(s) souhaité Date et signature de l'ag	Poste administratif éterminé par l'administration e(s):		☐ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de Formation(s) souhaité Date et signature de l'ag	Poste administratif éterminé par l'administration e(s):		□ Autre (à préciser)
Affectations souhaitée CNED Le poste définitif sera de Formation(s) souhaité Date et signature de l'ag	Poste administratif éterminé par l'administration e(s):		□ Autre (à préciser)



Rectorat de l'Académie d'Aix-Marseille DRRH

Dossier suivi par : M. Frédéric Alberti

2 04.42.91.72.47

 $M\'el: \underline{frederic.alberti@ac\text{-}aix\text{-}marseille.fr}$

ANNEXE 4: DEMANDE **D'AMENAGEMENTS MATERIELS DU POSTE** ET

D'ASSISTANCE HUMAINE (à retourner à la DRRH du Rectorat pour le 29 janvier 2016)

1- SITUATION ADMINISTRATIVE				
Nom:	Corps:			
Nom de jeune fille :	Fonction:			
Prénoms :				
Date et lieu de naissance :				
N° de sécurité sociale :				
Adresse personnelle :				
Adresse mél :				
N° téléphone : (indispensable pour le suivi du dossier) :				
N° portable :				
Affectation : - établissement, service :				
- adresse :				
- n° de tél. :				
- adresse mél :				
Pour <u>les contractuels</u> , joindre obligatoirement : type de contrat, dates, durée				
II - NATURE DE LA DEMANDE (cocher la ou les cases correspondantes)				
☐ demande d'équipement(s)				
demande d'assistance humaine				
Je soussigné(e) atteste sur l'honneur ne pas bénéficier d'une prise en charge pour le même objet autre que celle que je sollicite par le dépôt du présent dossier				
Date et signature de l'agent,				

III – AMENAGEMENTS MATERIELS DU POSTE SOUHAITES AU TITRE DE L'ANNEE EN COURS (2015/2016)

Préciser les besoins repérés en matériel(s), prestations Vous pouvez consulter pour cela le catalogue des aides sur le site : www.fiphfp.fr Pour mémoire, une lettre détaillée est à joindre au dossier
NV ACCIONANCE INMANUE CONTRACTOR AND TITLE DE L'ANNUE COMO COME
IV – ASSISTANCE HUMAINE SOUHAITEE AU TITRE DE L'ANNEE 2016-2017
Indiquer les tâches nécessitant l'intervention d'une assistance :
NB : si une assistance est déjà mise en place, il n'est pas nécessaire de renouveler votre demande
DARTIE A DEMOLID DAR LIARMINISTRATION
PARTIE A REMPLIR PAR L'ADMINISTRATION
Avis du médecin de prévention
Date, cachet et signature du médecin de prévention



Rectorat de l'Académie d'Aix-Marseille DRRH

Dossier suivi par : M. Frédéric Alberti

2 04.42.91.72.47

Mél: frederic.alberti@ac-aix-marseille.fr

<u>ANNEXE 5</u>:

FICHE DE RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES

A compléter avec l'annexe 4 seulement A remplir par le chef d'établissement (à retourner à la DRRH du Rectorat pour le 29 janvier 2016)

CHEE DIETADI ISSEMENT.
CHEF D'ETABLISSEMENT : Nom :
Prénom:
DEMANDEUR:
Nom:
Prénoms :
Date de naissance :
Fonction:
TOTICITOTE .
Etablissement ou service de rattachement :
Activité professionnelle :
Conditions de travail (locaux, environnement, matériels, horaires)
En cas de demande d'un tableau blanc interactif (TBI), existe-t-il déjà un projet d'acquisition par la mairie, l'établissement ?
Difficultés rencontrées dans le cadre de l'exercice des fonctions :
Difficultes rencontrees dans le cadre de l'exercice des fonctions .
Date de la demande
Nom et signature du responsable hiérarchique