

 ACADÉMIE DE RENNES <i>Liberté Égalité Fraternité</i>	Direction des services départementaux de l'éducation nationale d'Ille-et-Vilaine	MOUVEMENT INTRA DÉPARTEMENTAL D'ILLE-ET-VILAINE 2021 ENSEIGNANTS 1ER DEGRÉ PUBLIC	FICHE TECHNIQUE - N°5
			FORMULATION D'UNE DEMANDE DE PRIORITÉ D'AFFECTATION
Division du 1 ^{er} degré		Principes généraux + formulaire à compléter	
Mail : ce.35div1aff@ac-rennes.fr			

CETTE FICHE EXPLICITE LA PROCÉDURE DE DEMANDES DE PRIORITÉS D'AFFECTATION

Afin de permettre l'examen particulier de ses vœux, toute situation de cette nature doit faire l'objet par l'agent concerné de la procédure suivante :

<ul style="list-style-type: none"> Dans le cas d'une demande d'affectation prioritaire au titre du handicap 	<ul style="list-style-type: none"> → De la production de l'attestation délivrée par la M.D.P.H. (Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi) → Et de la saisine du Médecin des personnels 	Pour la saisine du médecin des personnels : ↳ <u>Uniquement par courrier adressé</u> <u>Pour le 15 avril 2021, délai de rigueur à :</u> Médecin des personnels Rectorat de RENNES – Service Médical Académique (SMA) 96 rue d'Antrain CS 10503 35705 RENNES cedex 05 Mail du SMA : ce.sma@ac-rennes.fr ↳ Préciser le motif de la démarche et joindre, le cas échéant copie des pièces justificatives.
<ul style="list-style-type: none"> Dans le cas d'une demande d'affectation prioritaire au titre d'une situation médicale particulière 	<ul style="list-style-type: none"> → De la saisine du Médecin des personnels 	
<p>Dans tous les cas, l'agent complètera le formulaire « FORMULAIRE RELATIF A UNE DEMANDE DE PRIORITÉ D'AFFECTATION » figurant en page 2 du présent document.</p> <p>Ce document, dûment complété, doit être adressé <u>au plus tard le 15 avril 2021</u> par le demandeur directement au médecin des personnels avec un courrier expliquant la situation ainsi que les pièces justificatives (preuve de dépôt de la demande de RQTH, tous les justificatifs attestant que la mutation sollicitée améliorera les conditions de vie professionnelle de la personne en situation de handicap; s'agissant d'un enfant souffrant d'une maladie grave, toutes les pièces concernant le suivi médical notamment en milieu hospitalier spécialisé).</p> <p>NB : La cellule Mouvement 1^{er} degré de la DSDEN d'ILLE ET VILAINE devra également être informée de la démarche auprès du SMA par simple mail sur l'adresse : ce.35div1aff@ac-rennes.fr</p>		

En vue d'accroître leurs chances d'obtenir une affectation en adéquation avec leur handicap ou leur problème médical, les personnels concernés devront élargir leur choix de postes par la formulation de vœux géographiques, s'ils sont actuellement nommés à titre définitif ([voir Fiche technique n°4](#)). L'étude de la priorité fera l'objet d'un examen spécifique en groupe de travail au vu des rapports établis et des vœux formulés.



**ACADÉMIE
DE RENNES**

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
d'Ille-et-Vilaine

**FORMULAIRE RELATIF A UNE DEMANDE D'ATTRIBUTION
DE LA BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP ou d'UNE
SITUATION MÉDICALE GRAVE dans le cadre du
Mouvement intra départemental 2021 des enseignants 1^{er}
degré public d'Ille et Vilaine**

DIV1C – Gestion collective

Demande formulée AU TITRE DU HANDICAP (RQTH) - Cocher la case concernée

Demande formulée AU TITRE D'UNE SITUATION MÉDICALE GRAVE - Cocher la case concernée

Ce document, dûment complété, doit être adressé directement au médecin des personnels, accompagné d'un courrier expliquant la situation ainsi que les pièces justificatives pour **le 15 avril 2021**, délai de rigueur à l'adresse ci-dessous.

Médecin des personnels – Service Médical académique
Rectorat de Rennes
96 rue d'Antrain – CS 10503 - 35705 RENNES CEDEX 7
Téléphone : 02 23 21 73 53
Courriel : ce.sma@ac-rennes.fr

NB : La cellule Mouvement 1^{er} degré de la DSDEN d'ILLE ET VILAINE devra également être informée de la démarche auprès du SMA par simple mail sur l'adresse : ce.35div1aff@ac-rennes.fr

NOM d'USAGE :

Prénom :

NOM PATRONYMIQUE :

Né(e) le

Adresse personnelle :

Affectation actuelle :

SOLLICITE UNE MAJORATION EN RAISON de : (cocher la case correspondante)

Sa propre situation

La situation d'un enfant à charge

La situation de son conjoint

Date :

Signature du candidat :

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN DES PERSONNELS

NOM d'USAGE :

Prénom :

Reconnaissance du handicap - RQTH ou équivalent

- De l'enseignant D'un enfant Du conjoint

Le dossier médical :

- Répond aux critères**

Limitation géographique imposée par la situation de soin

- Proximité d'une structure spécifique
- Tierce personne
- Conditions spécifiques d'affectation
- Logement aménagé
- Autre

- Ne répond pas aux critères**

Observations éventuelles sur les conditions de travail :

- Contre-indication aux déplacements professionnels
- Indication à poste fixe ou/à défaut affectation à l'année prioritaire
- Accessibilité du poste par transport en commun
- Autre

Avis favorable à la majoration

Avis défavorable à la majoration

Observations :

Date :

Le médecin des personnels