



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



**1er degré**

## Rentrée 2020

Rectorat de  
Versailles  
**Service Médical**  
3, Bd de Lesseps  
78017 Versailles  
cedex  
☎ : 01.30.83.46.71  
et 51.91  
✉ : 01.30.83.46.64

### Dossier de **MUTATION INTRADÉPARTEMENTALE** Au **TITRE DU HANDICAP** pour les enseignants du premier degré



**Réf :** BO spécial N° 10 du 14 novembre 2019  
Note de service ministérielle n°2019-163 du 13-11-2019

**Joindre :**

- 1) Une lettre de demande explicative
- 2) Un dossier médical documenté (histoire de la maladie et/ou du handicap, diagnostic, traitements, retentissement sur la vie sociale et professionnelle),
- 3) La pièce justificative du statut de BOE – Pour les RQTH la **notification** est obligatoire (la preuve de dépôt à la MDPH ne suffit pas).
- 4) Pour les enfants, un dossier médical documenté.

Date limite de retour du dossier

➡ **M e r c r e d i 6 M A I 2 0 2 0**

Ce dossier est à adresser impérativement à :



**ce.ia91.medecindespersonnels@ac-versailles.fr**

**Nom et Prénom :** \_\_\_\_\_

DOCUMENT B – HANDICAP Mouvement Intradépartemental

**RENSEIGNEMENTS A REMPLIR PAR L'AGENT (EN LETTRES CAPITALES)**

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ adresse mail : \_\_\_\_\_

Corps : \_\_\_\_\_

Date de titularisation : \_\_\_\_\_

Poste actuel : \_\_\_\_\_

Stagiaire \_\_\_\_\_

Titulaire du poste (préciser) \_\_\_\_\_

Affectation exceptionnelle à l'année (ex : DR) \_\_\_\_\_

Autre (préciser) \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà obtenu une affectation ou une mutation pour raisons médicales :**

Si oui, à quelle date : \_\_\_\_\_ et dans quel département : \_\_\_\_\_

**Renseignements Familiaux :**

Célibataire  marié (e)  vie maritale  PACS  divorcé (e)  veuf (ve)

Profession du conjoint : \_\_\_\_\_

Lieu d'exercice professionnel du conjoint : \_\_\_\_\_

**Pourront bénéficier d'un avis médical prioritaire :**

1 - Les agents reconnus BOE

2 - Les conjoints reconnus BOE

3 - Les enfants handicapés (ayant un dossier à la MDPH)

ou présentant une pathologie grave nécessitant des soins continus

▲ *La situation des ascendants et des fratries n'est pas prise en compte*

**Votre situation concerne :**

L'agent lui-même : reconnu BOE : OUI  NON

Son conjoint : reconnu BOE : OUI  NON

Son enfant (âge : \_\_\_\_\_) : a un dossier MDPH ou une pathologie grave : OUI  NON

# DOCUMENT B – HANDICAP Mouvement Intradépartemental

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Vœux formulés lors de la saisie (Internet):

*Rappel : Intra départemental*

1	16
2	17
3	18
4	19
5	20
6	21
7	22
8	23
9	24
10	25
11	26
12	27
13	28
14	29
15	30

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :

**OUTRE LA CONSTITUTION DE CE DOSSIER MEDICAL  
A RENVOYER A L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSUS,  
N'OUBLIEZ PAS DE FORMULER VOS VŒUX  
SUR LE SERVEUR MUTATIONS**