



SERVICE DU 1er DEGRE
Bureau de la gestion collective

MOUVEMENT DEPARTEMENTAL - Rentrée Scolaire 2024

**Fiche de renseignements à compléter par l'intéressé(e) pour une
DEMANDE DE PRISE EN COMPTE DU HANDICAP
OU DES RAISONS MÉDICALES GRAVES**

M., Mme (barrer la mention inutile)

NOM : NOM D'USAGE :

PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

GRADE :

stagiaire titulaire d'un poste fixe

titulaire exerçant des fonctions de remplacement autre situation (à préciser)

AFFECTATION ACTUELLE : MODALITE :
..... Définitive
..... Provisoire

ADRESSE PERSONNELLE :
.....
.....

N° téléphone personnel : N° téléphone professionnel :

Adresse électronique professionnelle :@ac-nancy-metz.fr

SITUATION FAMILIALE SUCCINCTE :

PROFESSION DU CONJOINT :

LIEU D'EXERCICE DU CONJOINT :

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE DE MOINS DE 20 ANS au 1^{er} septembre 2024 ou HANDICAPE :
.....

VŒUX D'AFFECTATION (zones géographiques) :
.....
.....

ETAT DES CONGES DE MALADIE DE L'ANNEE EN COURS :
-.....
-.....
-.....
-.....

CETTE DEMANDE DE PRISE EN COMPTE DU HANDICAP OU DES RAISONS MEDICALES
GRAVES CONCERNE :
Vous-même Votre conjoint Un enfant à charge

ETES-VOUS BENEFICIAIRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI ?
Vous-même OUI (1) NON
Votre conjoint OUI (1) NON

(1) joindre la pièce justificative correspondante (exemple : notification de RQTH)

Date et signature du demandeur :