



NOTICE DE RENSEIGNEMENTS DESTINÉE AU REEXAMEN DE L'AFFECTATION SUR  
POSTE ADAPTE - AU TITRE DE L'ANNEE SCOLAIRE 2017 / 2018

MINISTÈRE DE  
L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

**RENOUVELLEMENT ou SORTIE DU DISPOSITIF**

**- renouvellement**

- demande de maintien en poste adapté de courte durée 2<sup>ème</sup> année  
 demande de maintien en poste adapté de courte durée 3<sup>ème</sup> année  
 poste adapté de longue durée

**- sortie du dispositif**

- Demande de réintégration  
 Autres (1) : .....

NOM d'usage : ..... Prénom : .....

NOM de naissance : .....

Date de naissance : .....

ADRESSE : .....

Code postal..... Ville .....

Adresse électronique personnelle : .....@.....

Numéro de téléphone : ..... Numen : .....

Situation de famille : Célibataire - Marié (e) - Pacsé (e) - Veuf (ve) - Divorcé (e) - Séparé (e) (2)

Profession du conjoint : .....

Nombre d'enfants : ..... dont à charge : .....

Indiquer leur date de naissance .....

.....

Autres charges de famille : .....

1<sup>er</sup> degré :  Professeur des écoles

Instituteur

2<sup>nd</sup> degré :

Agrégé

Certifié

P.L.P.

P.E.G.C.

EPS

Adjoint ou Chargé d'Enseignement

CPE

COP

DISCIPLINE : .....

**A. SITUATION ADMINISTRATIVE :**

- Etes-vous actuellement en fonction ?  Oui  Non

- Vous occupez un poste adapté. Sur quel type de fonction exercez-vous ? .....

- Lieu d'implantation de ce poste .....

- Description des fonctions assurées .....

- Horaires hebdomadaires .....

- Avez-vous l'intention de formuler des vœux dans le cadre du mouvement inter académique ?

Oui

Non

- Etes – vous bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? :  Oui (joindre une copie)  Non

précisez s'il s'agit de :

reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

carte d'invalidité

allocation temporaire d'invalidité

autre (à préciser) .....

Indiquer le % d'incapacité permanente : .....% s'il y a lieu

(1) A compléter

(2) Rayer les mentions inutiles.

