

---

**DOSSIER à CONSTITUER**  
à l'APPUI d'une DEMANDE de MUTATION  
**au titre du handicap -**

RENTREE SCOLAIRE 2018

**Dossier COMPLET par voie postale uniquement**

Rectorat

Service Médical

Affaire suivie par :  
Cécile Gruel  
Tél. 02.38.79.46.72  
Fax.02.38.79.42.34  
ce.medic@  
ac-orleans-tours.fr

à adresser au *Dr Cécile Gruel Médecin de Prévention*  
*Service médical*  
*21 rue Saint-Étienne*  
*45043 Orléans cedex 1*

**pour le 12 mars 2018 au plus tard**

-----

---

21, rue Saint-Etienne  
45043 ORLEANS Cedex 1

Pièces à joindre :

- ✓ **La fiche de renseignements** dûment complétée
- ✓ **Une lettre** de demande de bonification explicitant les raisons justifiant votre ou vos vœu(x)
- ✓ **Un compte rendu médical** détaillé (historique de la maladie, traitement le cas échéant,...) rédigé par votre médecin et adressé, sous pli confidentiel, directement à l'attention du Dr Cécile Gruel, Médecin de prévention.
- ✓ **Un justificatif attestant du handicap** ou, à défaut, s'il s'agit d'une première demande, une preuve de dépôt de dossier délivrée par la Maison départementale des personnes handicapées
- ✓ **Tout justificatif** qui vous semble utile à l'étude de votre situation

**Fiche de renseignements**

NOM et Prénom : .....

Grade et/ou discipline : .....

Date de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Téléphone : .....

Courrier électronique : .....

Notification de la MDPH (ex COTOREP) en date du : .....

Avez-vous déjà obtenu une affectation ou une mutation pour raisons médicales ? .....

Si oui, à quelle date ? ..... et dans quelle académie ou département? .....

Affectation 2017-2018 (nom et adresse de l'établissement ou de l'école) .....

.....

stagiaire

titulaire du poste

titulaire remplaçant (établissement ou école de rattachement – fixe) ) .....

.....

sans poste

mise à disposition du recteur

affectation provisoire à l'année (ets ou école de rattachement – fixe) ) .....

.....

Les raisons médicales invoquées concernent :

l'intéressé (e)  son ou ses enfants  son conjoint

nombre d'enfants à charge et âge : .....

profession du conjoint et lieu d'exercice : .....

VŒUX FORMULES AU MOUVEMENT :

Date et signature :