

**NOTICE DE RENSEIGNEMENTS**  
**à joindre à toute demande de première affectation ou de maintien sur un poste adapté**

**NOM - PRENOM :**

.....

CORPS – GRADE : .....

DISCIPLINE OU SPECIALITES : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

SITUATION DE FAMILLE : .....

PROFESSION DU CONJOINT : .....

NOMBRE ET AGE DES ENFANTS A CHARGE : .....

ADRESSE PERSONNELLE .....

.....

ADRESSE ELECTRONIQUE.....

N° DE TELEPHONE .....

TITRES ET DIPLÔMES.....

.....

AFFECTATION ACTUELLE .....

DATE DE NOMINATION DANS LE POSTE ACTUEL : ..... ECHELON ACTUEL : .....

ANCIENNETE GENERALE DE SERVICE AU 01/09/2015 : ..... ans ..... mois ..... jours.

RECONNAISSANCE QUALITE DE TRAVAILLEUR HANDICAPE :  OUI  NON

CONGES ANTERIEURS (CLM, CLD, ...) : .....

.....

OBSERVATIONS EVENTUELLES :

**NATURE DU POSTE ADAPTE SOUHAITE (COCHER LE POSTE CHOISI) :**

Poste adapté de courte durée

Poste adapté de longue durée

**TYPE DE POSTE SOUHAITE SELON LE PROJET PROFESSIONNEL POURSUIVI (COCHER LE POSTE CHOISI) :**

PEDAGOGIQUE : enseignement par correspondance auprès du CNED.

ADMINISTRATIF (cocher ci-après) :  bibliothèque  documentation  secrétariat

**Avis circonstancié du supérieur hiérarchique :**

**Date et signature de l'agent :**

Photo

**Demande de poste adapté**

**Nom – Prénom :**

**Poste souhaité :**  courte durée  longue durée

**Motif de la demande :**

Esquisse du projet professionnel

Nom – Prénom :

## **Certificat médical confidentiel à compléter par le médecin traitant généraliste ou spécialiste du patient**

**réservé à l'usage exclusif du médecin conseiller technique ou du médecin de  
prévention  
en faveur des personnels de l'académie de Montpellier**

document soumis au secret professionnel  
article 226-13 du Code Pénal

Nom d'usage.....	Prénom.....
Nom de naissance.....	Date de naissance.....
Adresse.....	
.....	
.....	

<b>Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap :</b>

<b>Histoire de la ou les pathologie(s) invalidante(s)</b>
Date de début des troubles :
Origine, circonstance d'apparition :
<input type="checkbox"/> compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

<b>Description clinique actuelle :</b>
<b>Evolution prévisible :</b>

### Traitements, prises en charge thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires...)

Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charges paramédicales régulières
- Autre (préciser)

Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient

Certificat médical établi le.....

Signature et cachet du médecin