# Annexe 2

|  |
| --- |
|  |
| **Mouvement inTERacadémique**  **Demande de priorité AU TITRE**  **D’UN HANDICAP- Année 2020** |
|  |

A retourner au plus tard le **9 décembre 2019** au Médecin Conseiller Technique – Dr Legrand

6, rue de la Toussaint – 67975 Strasbourg Cedex 9

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| 🕿 : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Adresse personnelle

Corps/grade : Discipline :

Le handicap invoqué concerne :

🞎 l’intéressé(e) 🞎 son conjoint 🞎 son enfant

|  |  |
| --- | --- |
| Affectation au 1er septembre 2019 : | Situation de la personne concernée par le handicap |
| * titulaire d’un poste en établissement * titulaire exerçant des fonctions de remplacement   🞎 autre situation, précisez | * travailleurs reconnus handicapés par la MDPH * victimes (accidents du travail ou maladies professionnelles avec incapacité permanente au moins égale à 10% et titulaires d’une rente)   🞎 titulaires d’une pension d’invalidité (capacité réduite  de 2/3)   * anciens militaires et assimilés titulaires d’une   pension d’invalidité   * titulaires d’une carte d’invalidité   si incapacité permanente d’au moins 80% ou classés en 3ème catégorie   * titulaires d’une allocation ou rente d’invalidité de   sapeurs-pompiers volontaires   * titulaires de l’allocation aux adultes handicapés * enfant handicapé ou souffrant d’une maladie grave |

Etablissement d'affectation au 01/09/2019 :

|  |  |
| --- | --- |
| Vœux de l’intéressé(e) justifiés par la priorité médicale (joindre les pièces justificatives de votre situation) | Observations du médecin conseiller technique  (indication des priorités) |
| ‑  ‑  ‑ |  |

|  |
| --- |
| **Avis de la rectrice :**  Fait à ………………………….., le ……………………………..  Signature : |

Demande de priorité au titre du handicap