

## DEMANDE DE MUTATION AU TITRE DU HANDICAP DOSSIER MÉDICAL

	2 <sup>nd</sup> degree ATSS		Mutation inter □	14 🛘	50 ⊔	61 🛘
Nom d'usage :			Nom de fa	amille :		
Prénom :			Date de naissance : LLLLLLLLLL			
Situation familiale : Célib Nombre d'enfants à cha			Concubinage □	Veuf(ve) □	Pacsé(e	e) □ Séparé(e) □
Lieu de résidence :					D	épartement :
Etablissement d'affectati	ion :					
A titre provisoire □	définitif I	<b>-</b>	Depuis :	<del></del>		
Distance domicile-travail	l:	k	ms Durée du	trajet domicile-	travail :	min
Corps/Fonction :			Disci	pline :		
Situation statutaire : titul	aire □	contractuel □	Depuis (a	nnée) : LLL	∐ st	agiaire 🗆
Situation administrative : en activité □ en congé maladie : CMO □ CLM □ autre :						
Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (MDPH) : oui □ non □ en cours □						

## **ELEMENTS A TRANSMETTRE:**

- ✓ Photocopie de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- ✓ Certificat médical détaillé et récent (nature et histoire de la maladie, traitements en cours)
- ✓ <u>Courrier détaillé</u> expliquant les difficultés rencontrées, le retentissement professionnel et le bénéfice attendu d'une mutation : rapprochement lieu de soins, domicile...
- ✓ <u>Photocopie des pièces médicales récentes</u> (compte rendu d'examen ou d'intervention chirurgicale, interprétation d'imagerie médicale...)

Le dossier complet est à envoyer sous pli confidentiel avec la mention « Secret médical » à l'adresse suivante :

Rectorat de l'Académie de Normandie - Service médical des personnels Tél 02 31 30 17 97 - medecin-personnels-caen@ac-normandie.fr à l'attention du Dr DUJARDIN - 168 rue Caponière - 14061 CAEN CEDEX - pour le 21 avril 2024 au plus tard -

Votre demande sera étudiée par le médecin. L'avis médical sera transmis exclusivement au SRH 61 qui vous adressera la décision du DASEN à l'issue des commissions.