ACADÉMIE
DE NORMANDIE
Liberté
Égalité
Fraternité

DEMANDE DE MUTATION AU TITRE DU HANDICAP

DOSSIER MÉDICAL

1er degré ☐ **Mutation intra ☐** **14 ☐** **50 ☐** **61 ☐**

2nd degré ☐ **Mutation inter ☐**

ATSS ☐

Nom d'usage : _____ Nom de famille : _____

Prénom : _____ Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Situation familiale : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubinage ☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ☐

Nombre d'enfants à charge : |_|_|

Lieu de résidence : _____ Département : ___

Etablissement d'affectation : _____ _____

Adresse : _____ Département : ____

A titre provisoire ☐ définitif ☐ Depuis : _____

Distance domicile-travail : _____ kms Durée du trajet domicile-travail : _____ min

Corps/Fonction : _____ Discipline : _____

Situation statutaire : titulaire ☐ contractuel ☐ Depuis (année) : |_|_|_|_| stagiaire ☐

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)
- ✓ Courrier détaillé expliquant les difficultés rencontrées, le retentissement professionnel et le bénéfice attendu d'une mutation : rapprochement lieu de soins, domicile…
- ✓ Photocopie des pièces médicales récentes (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**
Département de l'Orne : pour le 4 mai 2026 au plus tard

Votre demande sera étudiée par le médecin. L'avis médical sera transmis au SRH 61 qui vous adressera la décision du DASEN.