



## MOUVEMENT 2017 – Phase départementale -

### DEMANDE DE PRIORITE MEDICALE AU TITRE DU HANDICAP -



Division des  
Personnels  
Enseignants du 1<sup>er</sup>  
degré

Bureau des actes  
collectifs- DPE 2

Référence  
Priorité médicale 2017  
Dossier suivi par  
Monique VEAUGIER  
Téléphone  
04 91 99 67 52

Fax  
04 91 99 67 81  
Mél.

ce.dp13dp2@ac-aix-  
marseille.fr

28-34 boulevard  
Charles Nèdelec  
13231 Marseille  
cedex 1

Ouverture Public :  
8h30-17h00

NOM : .....  
PRENOM : .....  
Date de naissance : .....

N° portable : .....  
Mail .....

Situation de famille : .....  
Nombre et âge des enfants à charge .....

Position :

- Activité
- Congé parental depuis le ..... jusqu'au .....
- CLM - CLD depuis le ..... jusqu'au .....

Etablissement d'exercice 2016-2017 : .....

Circonscription de : .....

- Bénéficiaire de la RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) depuis le ..... jusqu'au .....
- Joindre la notification de la M.D.P.H

Personne concernée par le handicap :

- Agent
- Conjoint
- enfant

---

Dans le cadre du mouvement 2017, je demande à bénéficier d'une priorité médicale au titre du handicap, et m'engage à adresser par courrier avant le 20 mars 2017, l'ensemble des pièces constituant mon dossier médical, à savoir :

- courrier détaillé au médecin de prévention
- R.Q.T.H
- Carte d'invalidité
- Tous les justificatifs attestant que la mutation sollicitée améliorera les conditions de vie de la personne handicapée
- S'agissant d'un enfant non reconnu handicapé mais souffrant d'une maladie grave, toutes les pièces concernant le suivi médical notamment en milieu hospitalier spécialisé.

Ces pièces devront être jointes **sous pli confidentiel** :  
**à l'attention du Docteur FABBRICELLI - médecin de prévention –**  
**RECTORAT d'Aix-Marseille**  
**Place Lucien PAYE – 13100 AIX EN PROVENCE**

**Date limite de réception des dossiers : le 20 mars 2017**

**Aucune demande reçue après cette date ne sera étudiée**

A.....Le .....  
Signature de l'agent