

Annexe 1 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**DEMANDE
D'AMENAGEMENTS DES HORAIRES DU POSTE
D'ATTRIBUTION D'UNE SALLE DE COURS
D'AFFECTATION SUR POSTE ADAPTE**

**POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2017
(à retourner à DPE 2 et au service de santé pour le 16 décembre 2016)**

I - SITUATION ADMINISTRATIVE

Nom : Nom de jeune fille : Prénoms : Date de naissance :	Corps : Fonctions : (à cocher) ☐ directeur ☐ adjoint ☐ enseignement spécialisé ☐ brigade Echelon actuel :
Etablissement d'affectation actuel :	
Situation de famille (à cocher) : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ PACSE(e) ☐ Veuf (ve)	Adresse personnelle :
Profession du conjoint :	N° téléphone : N° Portable :
Nombre d'enfants : dont à charge : (indiquer l'âge de chacun d'eux)	Adresse électronique professionnelle : (ou à défaut personnelle)
Autre charge de famille :	
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (à cocher) : ☐ Oui Dates (début et de fin) : ☐ Non ☐ Demande en cours auprès de la MDPH	Fournir copie en cas d'obtention récente ou de renouvellement récent du statut de travailleur handicapé

II – PARCOURS PROFESSIONNEL

Année de recrutement : Ancienneté générale de service au 01/09/2016 :
Dossier de demande de retraite déposé (à cocher) : ☐ Oui ☐ Non Pour quelle date de départ :

**ANNEXE 2 - DEMANDE D'AMENAGEMENTS DES HORAIRES DU POSTE
POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2017**

(à retourner à DPE 2 et au service de santé pour le 16 décembre 2016)

NOM :

PRENOMS :

I - SITUATION ACTUELLE (cocher la ou les cases correspondantes)

☐ EN POSTE	☐ temps plein	☐ temps partiel (préciser la quotité)
☐ CMO	☐ CLM	☐ CLD
☐ PACD	☐ 1^{ère} année	☐ 2^{ème} année
☐ PALD	☐ 1^{ère} année	☐ 2^{ème} année
	☐ 3^{ème} année	☐ 3^{ème} année
	☐ 3^{ème} année	☐ 4^{ème} année

☐ **Personnel déjà en poste adapté :**
Lieu d'exercice :
Horaire hebdomadaire effectué :
Nature du poste occupé :
Description des fonctions assurées :

☐ **Personnel bénéficiant d'un AMENAGEMENT DU POSTE au niveau des horaires**
☐ Adaptation des horaires journaliers
☐ Aménagement de l'emploi du temps (O.R.S. réduites jusqu'au tiers pour effectuer d'autres tâches)
Fonctions assurées pendant la décharge :
Nombre d'heures de décharge :
☐ Aménagement de l'emploi du temps (regroupement des O.R.S. sur quelques jours)
☐ Allègement de service (O.R.S. réduites jusqu'au tiers)
Nombre d'heures de décharge :

☐ **Personnel bénéficiant d'une MISE A DISPOSITION D'UNE SALLE DE COURS**

☐ **Personnel bénéficiant d'un AMENAGEMENT DU POSTE au niveau matériel**
☐ mise à disposition d'un équipement

☐ **Personnel bénéficiant d'une ASSISTANCE HUMAINE**

II – AMENAGEMENTS DES HORAIRES DU POSTE SOUHAITES AU TITRE DE L'ANNEE 2017-2018

(cocher la ou les cases correspondantes)

☐ **adaptation des horaires journaliers** (à préciser)

.....

.....

.....

☐ **aménagement de l'emploi du temps** - (ORS réduites jusqu'au tiers pour effectuer des tâches différentes de l'activité professionnelle classique)

Indiquer l'ordre de priorité par numérotation de 1 à 4

- ☐ ➡ fonctions administratives
- ☐ ➡ prise en charge de petits groupes d'élèves dans le cadre du soutien
- ☐ ➡ fonctions dans un CDI- vie scolaire
- ☐ ➡ autres :

Nombre d'heures (à préciser) :

☐ **aménagement de l'emploi du temps** (regroupement des O.R.S. sur quelques jours) (à préciser)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ **allègement de service** (réduction de l'ORS jusqu'au tiers pour suivre des soins médicaux)

Nombre d'heures (à préciser):

ANNEXE 3
DEMANDE D'AFFECTATION EN POSTE ADAPTE

POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2017
(à retourner à DPE 2 et au service de santé pour le 16 décembre 2016)

NOM :

PRENOMS :

I - SITUATION ACTUELLE (cocher la ou les cases correspondantes)

☐ EN POSTE	☐ temps plein	☐ temps partiel (préciser la quotité)
☐ CMO	☐ CLM	☐ CLD
☐ PACD	☐ 1^{ère} année	☐ 2^{ème} année
☐ PALD	☐ 1^{ère} année	☐ 2^{ème} année
	☐ 3^{ème} année	☐ 4^{ème} année
☐ Personnel déjà en poste adapté : Lieu d'exercice : Horaire hebdomadaire effectué : Nature du poste occupé : Description des fonctions assurées :		
☐ Personnel bénéficiant d'un AMENAGEMENT DU POSTE au niveau des horaires ☐ Adaptation des horaires journaliers ☐ Aménagement de l'emploi du temps (<i>O.R.S. réduites jusqu'au tiers pour effectuer d'autres tâches</i>) Fonctions assurées pendant la décharge : Nombre d'heures de décharge : ☐ Aménagement de l'emploi du temps (regroupement des O.R.S. sur quelques jours) ☐ Allègement de service (<i>O.R.S. réduites jusqu'au tiers</i>) Nombre d'heures de décharge :		
☐ Personnel bénéficiant d'une MISE A DISPOSITION D'UNE SALLE DE COURS		
☐ Personnel bénéficiant d'un AMENAGEMENT DU POSTE au niveau matériel ☐ mise à disposition d'un équipement		
☐ Personnel bénéficiant d'une ASSISTANCE HUMAINE		

II – NATURE DE LA DEMANDE (cocher la ou les cases correspondantes)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ 1 ^{ère} demande de poste adapté | ☐ PACD | ☐ PALD |
| ☐ Renouvellement | ☐ 2 ^{ème} année de PACD | ☐ 3 ^{ème} année de PACD |
| | | ☐ PALD |

III - PROJET PROFESSIONNEL

L'affectation en poste adapté doit permettre le retour dans les fonctions antérieures ou de préparer une reconversion professionnelle.

Projet professionnel en cours ou envisagé (cocher la case selon l'option choisie) :

- ☐ retour aux fonctions antérieures
- ☐ mobilité dans la fonction publique
 - ☐ Préparation de concours interne(s) ou externe(s)
 - ☐ demande de détachement avec ou sans mobilité géographique
- ☐ réorientation vers le secteur privé
- ☐ autre

Description du projet professionnel en cours ou envisagé :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Affectations souhaitées (cocher la ou les cases selon l'affectation désirée)

- ☐ CNED
- ☐ Poste administratif
- ☐ Documentation
- ☐ Autre (à préciser)

Le poste définitif sera déterminé par l'administration

Formation(s) souhaitée(s) :

.....

.....

.....

Date et signature de l'agent

Date et visa du supérieur hiérarchique

ANNEXE 4
DEMANDE D'AMENAGEMENTS MATERIELS DU POSTE
ET
D'ASSISTANCE HUMAINE

(à retourner pour le 27 janvier 2017)

I - SITUATION ADMINISTRATIVE

Nom : Nom de jeune fille : Prénoms : Date et lieu de naissance : N° de sécurité sociale :	Corps : Fonction :
Adresse personnelle :	
Adresse mél : N° téléphone : (indispensable pour le suivi du dossier) N° portable :	
Affectation : - établissement, service : - adresse : - n° de tél. : - adresse mél :	

Pour les contractuels, joindre obligatoirement : type de contrat, dates, durée.

Pour tous les personnels, joindre une copie de votre RQTH et de votre bulletin de salaire.

II - NATURE DE LA DEMANDE (cocher la ou les cases correspondantes)

☐ Demande d'équipement(s)

☐ Demande d'assistance humaine

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur ne pas bénéficier d'une prise en charge pour le même objet autre que celle que je sollicite par le dépôt du présent dossier

Date et signature de l'agent

III – AMENAGEMENTS MATERIELS DU POSTE SOUHAITES AU TITRE DE L'ANNEE EN COURS (2016/2017)

Préciser les besoins repérés en matériel(s), prestations

Vous pouvez consulter pour cela le catalogue des aides sur le site : www.fiphfp.fr

Pour mémoire, une lettre détaillée est à joindre au dossier

[illegible]

IV – ASSISTANCE HUMAINE SOUHAITEE AU TITRE DE L'ANNEE 2017-2018

Indiquer les tâches nécessitant l'intervention d'une assistance :

NB : si une assistance est déjà mise en place, il n'est pas nécessaire de renouveler votre demande

[illegible]

PARTIE A REMPLIR PAR L'ADMINISTRATION
Avis du médecin de prévention

[illegible]

Date, cachet et signature du médecin de prévention

ANNEXE 5
FICHE DE RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES
A compléter avec l'annexe 4 seulement
A remplir par le chef d'établissement ou de service
(à retourner pour le 27 janvier 2017)

CHEF D'ETABLISSEMENT :

Nom :

Prénom :

DEMANDEUR :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Fonction :

Etablissement ou service de rattachement :

Activité professionnelle :

Conditions de travail (locaux, environnement, matériels, horaires)

En cas de demande d'un Tableau Blanc Interactif (TBI), existe-t-il déjà un projet d'acquisition par la mairie, l'établissement ?

Difficultés rencontrées dans le cadre de l'exercice des fonctions :

Date de la demande :

Nom et signature du responsable hiérarchique :