

ANNEXE 1 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**DEMANDE
D'AMENAGEMENTS DES HORAIRES DU POSTE
D'AFFECTATION SUR POSTE ADAPTE**

POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2016

(Retour service DPE 2 et médecin de prévention pour le 18 décembre 2015)

I - SITUATION ADMINISTRATIVE

Nom :	Corps :
Nom de jeune fille :	Fonctions : (à cocher) <input type="checkbox"/> directeur <input type="checkbox"/> directeur adjoint <input type="checkbox"/> enseignement spécialisé <input type="checkbox"/> brigade
Prénoms :	Echelon actuel :
Date de naissance :	
Etablissement d'affectation actuel :	
Situation de famille (à cocher) : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> PACSE(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	Adresse personnelle :
Profession du conjoint :	N° téléphone : N° portable :
Nombre d'enfants : dont à charge : (indiquer l'âge de chacun d'eux)	Mél :
Autre charge de famille :	
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (à cocher) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dates (début et de fin) : <input type="checkbox"/> 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 1/09/2015 :
Dossier de demande de retraite déposé (à cocher) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour quelle date de départ :
Bénéfice éventuel des droits à la retraite à 55 ans (à cocher) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**ANNEXE 2 :
DEMANDE
D'AMENAGEMENTS DES HORAIRES DU POSTE
POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2016
(Retour service DPE 2 et médecin de prévention pour le 18 décembre 2015)**

NOM : _____ PRENOMS : _____

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

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

II – AMENAGEMENTS DES HORAIRES DU POSTE SOUHAITES AU TITRE DE L'ANNEE 2016-2017
(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):

III – ATTRIBUTION D'UNE SALLE DE COURS SOUHAITEE AU TITRE DE L'ANNEE 2016-2017

mise à disposition d'une salle de cours (à préciser)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date et signature de l'agent,

Avis du supérieur hiérarchique (à cocher) :

favorable

défavorable

Commentaires éventuels sur la demande :

Date et visa,

ANNEXE 3 :
DEMANDE D'AFFECTATION EN POSTE ADAPTE
POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2016
(Retour service DPE 2 et médecin de prévention pour le 18 décembre 2015)

NOM : _____ PRENOMS : _____

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

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

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

- 1^{ère} demande de poste adapté
 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

ANNEXE 4 :
DEMANDE
D'AMENAGEMENTS MATERIELS DU POSTE
ET
D'ASSISTANCE HUMAINE
(à retourner à la DRRH du Rectorat pour le 29 janvier 2016)

I - SITUATION ADMINISTRATIVE

Nom :	Corps :
Nom de jeune fille :	Fonction :
Prénoms :	
Date et lieu de naissance :	
N° de sécurité sociale :	
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

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 (2015/2016)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV – ASSISTANCE HUMAINE SOUHAITEE AU TITRE DE L'ANNEE 2016-2017

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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
(à retourner à la DRRH du Rectorat pour le 29 janvier 2016)

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