Annexe 1

académie
Orléans-Tours

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DOSSIER à CONSTITUER
à l'APPUI d'une DEMANDE de MUTATION
au titre du handicap -

RENTREE SCOLAIRE **2027**

Dossier COMPLET par voie postale
avec accusé réception uniquement

Rectorat

Service Médical

Tél. 02.38.79.46.72
santetravail@ac-orleans-tours.frr

21, rue Saint-Etienne
45043 ORLEANS Cedex 1

à adresser au Médecin conseiller technique du recteur
Service médical
21 rue Saint-Étienne
45043 Orléans cedex 1

pour le 25 novembre 2026 au plus tard

Pièces à joindre :

- ✓ **La fiche de renseignements** dûment complétée
- ✓ **Une lettre** de demande de bonification explicitant les raisons justifiant votre ou vos vœu(x)
- ✓ **Un compte rendu médical** détaillé (historique de la maladie, traitement le cas échéant,…) rédigé par votre ou vos médecin(s)
- ✓ **Un justificatif attestant du handicap** ou, à défaut, s'il s'agit d'une première demande, une preuve de dépôt de dossier délivrée par la Maison départementale des personnes handicapées
- ✓ **Tout justificatif** qui vous semble utile à l'étude de votre situation

académie
Orléans-Tours

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Service Médical

Fiche de renseignements

NOM et Prénom : ----------

Grade et/ou discipline : ----------

Date de naissance : ----------

Adresse personnelle : ----------

Téléphone : ----------

Courrier électronique : ----------

Notification de la MDPH en date du : ----------

Avez-vous déjà obtenu une affectation ou une mutation pour raisons médicales ? ----------

Si oui, à quelle date ? ---------- et dans quelle académie ou département? ----------

Affectation 2026-2027 (nom et adresse de l'établissement) ----------

---

☐ stagiaire ☐ titulaire du poste

☐ titulaire remplaçant (zone de remplacement et établissement de rattachement) ----------

---

☐ sans poste

☐ mise à disposition du recteur

☐ affectation provisoire à l'année ----------

Les raisons médicales invoquées concernent :

☐ l'intéressé (e) ☐ son ou ses enfants ☐ son conjoint

nombre d'enfants à charge et âge : ----------

profession du conjoint et lieu d'exercice : ----------

VŒUX FORMULES AU MOUVEMENT :

Date et signature :