

**Service Médical  
RECTORAT**

Affaire suivie par :  
Dr Cécile GRUEL  
Médecin de Prévention  
Tél : 02.38.79.46.72  
Fax : 02.38.79.42.34  
Mél : [ce.medic@ac-orleans-tours.fr](mailto:ce.medic@ac-orleans-tours.fr)

21, rue de Saint-Etienne  
45043 ORLEANS Cedex

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

**RENTREE SCOLAIRE 2022**

**Dossier COMPLET par voie postale uniquement**

**à adresser au Dr Cécile Gruel - Médecin de Prévention**  
**Service médical**  
**21 rue Saint-Étienne**  
**45043 Orléans cedex 1**

**pour le 10 mai 2022 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 médecin et adressé, sous pli confidentiel, directement à l'attention du Dr Cécile Gruel, Médecin de prévention.
- ✓ **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

**Fiche de renseignements**

NOM et Prénom : .....

Grade et/ou discipline : .....

Date de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Téléphone : .....

Courrier électronique : .....

Notification de la MDPH (ex COTOREP) en date du : .....

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

Affectation 2021-2022 (nom et adresse de l'établissement ou de l'école) .....

.....

☐ stagiaire

☐ titulaire du poste

☐ titulaire remplaçant (établissement ou école de rattachement – fixe) ) .....

.....

☐ sans poste

☐ mise à disposition du recteur

☐ affectation provisoire à l'année (étab. ou école de rattachement – fixe) ) .....

.....

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 :