

**CANDIDATURE A UN MAINTIEN SUR POSTE ADAPTE  
OU DEMANDE DE REINTEGRATION**

Visa  
Pôle médical ☐  
Pôle social ☐  
Pôle RH ☐

**DONNEES PERSONNELLES**

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... mobile: .....

Adresse mail : .....

Situation familiale :

☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ pacsé(e) ☐ concubin(e)  
☐ séparé(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)

Enfant(s) à charge (*nombre et date(s) de naissance*) :

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

**DONNEES PROFESSIONNELLES**

Corps/Grade : .....

Discipline/Fonction : .....

Ancienneté de service (au 01/09/2016) :

.....an.....mois.....jours

*Cadre réservé à l'administration*

**CONGES OBTENUS**

Congé de maladie ordinaire (C.M.O) : .....

(pour la période des 12 mois précédant la présente demande)

Congé de longue maladie (C.L.M) : .....

Congé de longue durée (C.L.D) : .....

Disponibilité d'office après C.L.M. ou C.L.D. : .....

Congé pour accident de travail : .....

Congé ou disponibilité pour convenances personnelles : .....

Congé de formation professionnelle : .....

**POSTE ADAPTE OCCUPE EN 2016-2017**

Date de nomination sur ce poste : ...../...../20.....

Lieu d'exercice (établissement, service...) : .....

Fonctions occupées : .....

Horaire hebdomadaire : ..... Heures

**VOTRE DEMANDE POUR 2017-2018**

Maintien en 2<sup>ème</sup> année de poste adapté de courte durée ☐

Maintien en 3<sup>ème</sup> année de poste adapté de courte durée ☐

Affectation sur poste adapté de longue durée ☐

Sortie de poste adapté de courte durée ☐

Sortie de poste adapté de longue durée ☐

Autre : ..... ☐

**CETTE DEMANDE DEVRA ÊTRE EXPLICITEE DANS UN COURRIER DE CANDIDATURE**

(CF. Annexe 2)

**PARALLELEMENT A CETTE CANDIDATURE, PRESENTEZ-VOUS UNE DEMANDE... ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> de mutation inter et/ou intra-académique              | <input type="checkbox"/> de temps partiel quotité : .....%        |
| <input type="checkbox"/> de congé de formation professionnelle                 | <input type="checkbox"/> de retraite                              |
| <input type="checkbox"/> de reconversion/adaptation (OPERA)                    | <input type="checkbox"/> d'aménagement du poste de travail actuel |
| <input type="checkbox"/> de changement de fonctions                            | <input type="checkbox"/> d'allègement de service quotité : .....% |
| <input type="checkbox"/> de reclassement ou de réorientation professionnel(le) |   |
| <input type="checkbox"/> autre : .....   |   |

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

.....  
.....

**PIECES A JOINDRE**

- ☐ un **courrier de candidature** exposant vos motivations pour une affectation sur poste adapté (cf. annexe 3)
- ☐ un **certificat médical récent** (moins de 2 mois), sous pli confidentiel, comportant l'indication des prénom, nom, corps/grade, fonctions, école ou établissement d'exercice) explicitant les difficultés médicales
- ☐ pour les personnels concernés, une **copie de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé** ou de la **notification du bénéfice de l'obligation d'emploi** délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

**L'ensemble du dossier (imprimé de candidature complété des pièces à y joindre) est à adresser par la voie hiérarchique à :**

DSDEN de L'OISE  
Mme Josette COZETTE  
22 avenue Victor Hugo  
60025 BEAUVAIS CEDEX  
pour le **mardi 20 décembre 2016 au plus tard**

Fait à ....., le .....

Signature

**Obligatoire**

**Avis de L'IEN, du Chef d'établissement  
ou du chef de service actuel,**

Motivé à porter à la connaissance de l'intéressé(e)

Fait à ....., le...../...../20

Signature

**Pour une affectation au CNED,** avis motivé pour un maintien

En poste adapté de courte durée et, également, pour une

Affectation en poste adapté de longue durée

Fait à ....., le...../...../20

Signature

