

Personnels enseignants du premier degré

DOSSIER DE DEMANDE DE POSTE ADAPTE
ANNEE SCOLAIRE 2014-2015

à retourner dûment complété à la Direction des services départementaux de l'éducation nationale de Saône-et-Loire - secrétariat général - par la voie hiérarchique, avant le 16 décembre 2013

- 1^{ère} demande (1)
- renouvellement de PACD (1) (précisez le nombre d'années dont vous avez déjà bénéficié)
- renouvellement de PALD (1)

Secrétariat
Général

affaire suivie par
Aurore Simon

Téléphone
03 85.22.55.21

Fax
03 85.38.34.46

Mél.
sg-ia71@ac-dijon.fr

I - SITUATION PERSONNELLE ET ADMINISTRATIVE

NOM : **Prénom** :

Date de lieu de naissance :

Situation familiale : célibataire – marié(e) – divorcé(e) – séparé (e) – pacsé (e) (2)

Age et profession du conjoint :

Date de naissance des enfants à charge :

.....

Adresse personnelle :

.....

N° de téléphone :

Vous êtes : instituteur – professeur des écoles Echelon :

Affectation actuelle et modalités de service dans le cas **d'une 1^{ère} demande** :

.....

Renseignements concernant votre affectation actuelle sur poste adapté **en cas de renouvellement** :

- PACD ou PALD (2)
- Lieu :
- Fonctions :

Date de titularisation :

Durée des services valables pour la retraite au 01/09/20 :

Date de départ à la retraite envisagée :

Titres et diplômes :

Titulaire du : CAEI – CAEA – CAPSAIS – CAPA-SH – CAFIPEMF

Si vous êtes entré(e) tardivement dans l'Education, ou si vous avez interrompu votre carrière plusieurs années, indiquez la(les) période(s) :

.....
.....

Avez-vous exercé une autre activité professionnelle ?

Laquelle ?

Durant quelle période ?

II - CONGES OBTENUS ⁽¹⁾

- | | |
|---|----------------------|
| - Congés de longue durée : | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Disponibilité d'office après C.L.M. ou C.L.D.: | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Congé de longue maladie : | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Disponibilités d'office après congé de longue maladie : | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Congés de maladie ordinaire : | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Disponibilité d'office après congé de maladie: | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Congés pour accident du travail : | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Congés pour convenances personnelles: | Durée totale : |
| Dates : | |

(1) S'il n'y a pas interruption dans les congés, ne mentionner que la date du début et de la fin du congé

III - RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

- En cas d'accident du travail, bénéficiez-vous d'une pension ? oui non
de quel taux ?
- Bénéficiez-vous d'une autre pension ?
- Laquelle ? : de quel taux ?
- Si vous êtes reconnu(e) travailleur handicapé par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

de quelle catégorie ?

durant quelle période ?

taux :
(joindre le justificatif)

IV – Quelles sont vos motivations pour demander un poste adapté ?

(retrouver un rythme de travail, resocialisation par le travail, reprise de contact avec la pédagogie et les élèves, préparation à une reconversion vers d'autres fonctions, etc)

A
Signature

Le

NB : tous les personnels candidats à un poste adapté, sont invités à prendre l'attache de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui siège au sein de la Maison Départementale des personnes handicapées (MDPH), afin de demander la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et de faire fixer leur taux d'incapacité. Cette reconnaissance pourra leur être utile à plusieurs titres, notamment dans le cadre de leur départ en retraite.

POSTES SOUHAITES PENDANT L’AFFECTATION SUR POSTE ADAPTE

A – Enseignement par correspondance

B –Travail auprès d’une équipe d’école (par exemple dans le cadre d’un BED)

C – Dans le cadre d’un projet de reconversion, travail auprès d’un service relevant de l’éducation nationale.

D – Autres fonctions : à préciser

Pour les maintiens :

Avis circonstancié du responsable (IEN, directeur CRDP ou CNED....) :

Sur le service effectué :
.....
.....

Sur la demande de maintien :
.....
.....

Date et signature :

Pour les premières affectations :

Avis circonstancié de l’IEN de circonscription si vous êtes actuellement en fonction :
.....
.....
.....

Date et signature :