

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE MUTATION**

**au titre du handicap, ou de la maladie grave d’un enfant**

à retourner à la division des personnels enseignants

**avant la date de fermeture du serveur**

**(**[**ce.gestco.dsden70@ac-besancon.fr**](mailto:ce.gestco.dsden70@ac-besancon.fr)**)**

Fiche 2

Le dossier médical est à retourner au **service santé du rectorat**,

10 rue de la Convention 25000 Besançon

Tél : 03.81.65.49.01

Mél : ce.sante@ac-besancon.fr

Nom : ……………………………………………………................. Prénom : ………………………………………….………

Adresse personnelle : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Lieu d’affectation : ………………………………………………… Circonscription : ……………………………….

|  |
| --- |
| Vous avez demandé une bonification au titre :   * de votre qualité de travailleur handicapé  □ * de la situation de handicap de votre enfant □ de votre conjoint □ * de la maladie grave de votre enfant □ |

|  |
| --- |
| L’affectation demandée constituerait une mesure de compensation afin de :   * vous rapprocher du domicile □ * vous rapprocher du lieu des soins □ * vous permettre une meilleure accessibilité dans l’école □ * vous permettre des facilités d’accès à l’école (transports en commun) □ * autre (préciser) □   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |