ACADÉMIE
DE BESANÇON
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Haute-Saône

Fiche 2

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)

⚠ 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) ☐
- autres (préciser) ☐

……

……

……

……