



**ACADÉMIE  
DE CRÉTEIL**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Division des Personnels Enseignants**

**Rectorat de l'académie de Créteil  
Division des Personnels Enseignants**

**Cellule Mouvement  
DPE 1**

Affaire suivie par :  
Julien NOUVET  
Tél : 01 57 02 60 40  
Mél : [mvt2021@ac-creteil.fr](mailto:mvt2021@ac-creteil.fr)

4, rue Georges-Enesco  
94 010 Créteil Cedex  
[www.ac-creteil.fr](http://www.ac-creteil.fr)

## **Annexe 02**

Circulaire n° 2020-084 du 18/11/2020

**Titre : Dossier de demande de priorité médicale – mouvement inter académique 2021**

**DATE LIMITE D'ENVOI DU DOSSIER :  
AU PLUS TARD LE 14 décembre 2020 minuit  
CONSULTER le BO n° 10 du 16 novembre 2020**

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Grade :** ..... **Discipline :** .....

La procédure concerne :

- les personnels titulaires ou stagiaires (BOE) ;
- leur conjoint bénéficiaire de l'obligation d'emploi ;
- la situation d'un enfant handicapé ou ayant un problème grave de santé.



# ACADÉMIE DE CRÉTEIL

Liberté  
Égalité  
Fraternité

## PIECES JUSTIFICATIVES

**A envoyer par courrier postal et sous pli confidentiel au service médical du rectorat à l'adresse ci-dessous :**

- La fiche de renseignement (annexe 2 de la Circulaire)
- Le document justifiant de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE).
- Une lettre de demande de priorité de mutation au titre du handicap justifiant votre vœu géographique ;
- Un compte rendu médical détaillé récent, rédigé par le médecin généraliste ou par le médecin spécialiste concerné (nature et histoire de la pathologie, traitements suivis et/ou en cours, perspectives évolutives). Il y sera joint photocopie de toutes pièces utiles (ex : compte-rendu d'hospitalisation). Dans le cadre d'un rapprochement de conjoint documenter les éventuels besoins de « tierce personne ».

**Rectorat de Créteil**  
**Service Médical – SEMA**  
A l'attention du Dr Catherine SAVETIER-LEROY  
Médecin Conseiller Technique du Recteur  
4 rue Georges Enesco  
94010 Créteil Cedex

☞ **Une copie du document justifiant de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) doit être jointe à votre demande de mutation.**

### RECUEIL DE VOTRE CONSENTEMENT

Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du parlement européen du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et à la législation en vigueur, vos informations sont traitées dans le respect de cette réglementation. Aussi, toutes les données sensibles, en l'espèce concernant la santé, doivent faire l'objet du recueil de votre consentement afin de donner à l'administration les moyens légaux de les traiter dans le cadre de votre demande.

Pour votre complète information, l'absence ou le refus de consentement entraînent l'impossibilité de l'instruction et du traitement de votre candidature

Je, soussigné(e) M. ou Mme .....  
donne l'autorisation afin que les données sensibles communiquées dans le présent dossier soient utilisées pour instruire et traiter ma demande:  OUI  NON

Je donne mon consentement: :  OUI  NON

Date et signature :



# ACADÉMIE DE CRÉTEIL

Liberté  
Égalité  
Fraternité

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS A REMPLIR PAR L'INTERESSE(E)  
(EN LETTRES CAPITALES) ET À ENVOYER AU SERVICE MÉDICAL  
ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES**

Nom-Prénom : ..... Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : .....

Adresse personnelle : .....

Tél. : ..... Email : .....

Académie d'origine : ..... Date d'entrée dans l'académie de Créteil : .....

Notification de la MDPH en date du .../.../.... délivrée par : .....

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

Si oui, à quelle date ? : ..... dans quelle académie ? : .....

Grade : ..... Discipline : .....

**Affectation 2020-2021** (Nom et adresse de l'Etb) : .....

Stagiaire       Titulaire du poste       Sans poste       Mise à disposition du Recteur

Titulaire remplaçant – Nom et adresse de l'Ets de rattachement : .....

Affectation à l'Année (A.F.A.) : Nom et adresse de l'Ets + de rattachement : .....

**Les raisons médicales évoquées concernent :**

l'intéressé(e)       Son ou ses enfants       son conjoint       Autres

Nombre d'enfants à charge et âge : .....

Profession du conjoint et lieu d'exercice : .....

**VŒUX formulé au MOUVEMENT INTER ACADEMIQUE 2021 sur SIAM I-prof :**

- |         |         |         |
|---------|---------|---------|
| 1.....  | 12..... | 23..... |
| 2.....  | 13..... | 24..... |
| 3.....  | 14..... | 25..... |
| 4.....  | 15..... | 26..... |
| 5.....  | 16..... | 27..... |
| 6.....  | 17..... | 28..... |
| 7.....  | 18..... | 29..... |
| 8.....  | 19..... | 30..... |
| 9.....  | 20..... | 31..... |
| 10..... | 21..... |         |
| 11..... | 22..... |         |

DATE et SIGNATURE de l'intéressé(e)