ACADEMIE DE LYON **ANNEXE XIII**
DIPE : Personnels enseignants **MNGD 2014**
DPAID : Personnels d'éducation et d'orientation

DEMANDE FORMULEE AU TITRE DU HANDICAP

Nom d'usage : ..... **Nom de jeune fille** : .....

Prénom : ..... **Date de naissance** : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : **Fixe** ..... **Portable** : .....

Adresse courriel : utilisée régulièrement : ..... @.....

Corps : ☐ Agrégé ☐ Certifié ☐ P. EPS ☐ PLP ☐ COP ☐ CPE

Discipline : .....

Affectation actuelle : ☐ 2nd degré ☐ Enseignement supérieur

Etablissement : ☐ Public ☐ Privé

Nom de l'établissement : .....

Ville (précisez l'arrondissement) : .....

Département : ☐ Ain (01) ☐ Loire (42) ☐ Rhône (69)

Situation actuelle : ☐ en activité ☐ en congé maladie ordinaire jusqu'au :

☐ en congé longue maladie / durée : jusqu'au

Avez-vous une Reconnaissance de Qualité de travailleur Handicapé ? (RQTH)

☐ **Oui** jusqu'au : ..... (merci de joindre une copie de la notification) ☐ **Non** ☐ **En cours**

Avez-vous déjà rencontré un médecin du Service Médical du Rectorat de Lyon ?

☐ **Oui** le Docteur **.....** ☐ **Non**

VŒUX : Département : ☐ Ain (01) ☐ Loire (42) ☐ Rhône (69)

Date et signature :

IMPORTANT

Cette fiche est à remplir et à retourner à l'adresse indiquée ci-dessous accompagnée d'un **courrier de votre part expliquant votre situation médicale et professionnelle ainsi que d'un certificat médical détaillé** à l'attention du Service Médical au plus tard le **8 avril 2014**.

ATTENTION : la priorité éventuellement obtenue lors de la phase inter académique n'est pas reportée sur la phase intra-académique. Un nouveau dossier doit être constitué.

A RETOURNER A L'ADRESSE SUIVANTE :
RECTORAT de Lyon
Service médical
92 Rue de Marseille - BP 7227
69354 Lyon cedex 07