

ANNEXE 1 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**DEMANDE
D'AMENAGEMENTS DES HORAIRES DU POSTE
D'ATTRIBUTION D'UNE SALLE DE COURS
D'AFFECTATION SUR POSTE ADAPTE
POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2017**

(à retourner à Mme Régine PEYRON - DSDEN 05 – Division du 1^{er} degré pour le 2 décembre 2016)

I - SITUATION ADMINISTRATIVE

Nom :	Corps :
Nom de jeune fille :	Fonctions : (à cocher)
Prénoms :	<input type="checkbox"/> directeur <input type="checkbox"/> directeur adjoint
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> enseignement spécialisé
	<input type="checkbox"/> brigade
	Echelon actuel :
Etablissement d'affectation actuel :	
Situation de famille (à cocher) :	Adresse personnelle :
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e)	
<input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)	
<input type="checkbox"/> PACSE(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	
Profession du conjoint :	N° téléphone :
	N° Portable :
Nombre d'enfants : dont à charge : (indiquer l'âge de chacun d'eux)	Mél :
.....	
.....	
.....	
Autre charge de famille :	
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (à cocher) :	Fournir copie en cas d'obtention récente ou de renouvellement récent du statut de travailleur handicapé
<input type="checkbox"/> Oui Dates (début et de fin) :	
<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Demande en cours auprès de la MDPH	

II – PARCOURS PROFESSIONNEL

Année de recrutement :
Ancienneté générale de service au 01/09/2016 :
Dossier de demande de retraite déposé (à cocher) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour quelle date de départ :

ANNEXE 2 :
DEMANDE D'AMENAGEMENTS DES HORAIRES DU POSTE
ET / OU
D'ATTRIBUTION D'UNE SALLE DE COURS
POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2017

(à retourner à Mme Régine PEYRON – DSDEN 05 – Division du 1^{er} degré -
pour le 2 décembre 2016)

NOM :

PRENOMS :

I - SITUATION ACTUELLE (cocher la ou les cases correspondantes)

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EN POSTE | <input type="checkbox"/> temps plein | <input type="checkbox"/> temps partiel (préciser la quotité) |
| <input type="checkbox"/> CMO <input type="checkbox"/> CLM <input type="checkbox"/> CLD | <input type="checkbox"/> en temps partiel thérapeutique | <input type="checkbox"/> en disponibilité d'office après CLM ou CLD |
| <input type="checkbox"/> PACD <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} année | | |
| <input type="checkbox"/> PALD <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} année <input type="checkbox"/> 4 ^{ème} année | | |

Personnel déjà en poste adapté :

Lieu d'exercice :

Horaire hebdomadaire effectué :

Nature du poste occupé :

Description des fonctions assurées :

Personnel bénéficiant d'un AMENAGEMENT DU POSTE au niveau des horaires

Adaptation des horaires journaliers

Aménagement de l'emploi du temps (O.R.S. réduites jusqu'au tiers pour effectuer d'autres tâches)

Fonctions assurées pendant la décharge :

Nombre d'heures de décharge :

Aménagement de l'emploi du temps (regroupement des O.R.S. sur quelques jours)

Allègement de service (O.R.S. réduites jusqu'au tiers)

Nombre d'heures de décharge :

Personnel bénéficiant d'une MISE A DISPOSITION D'UNE SALLE DE COURS

Personnel bénéficiant d'un AMENAGEMENT DU POSTE au niveau matériel

mise à disposition d'un équipement

Personnel bénéficiant d'une ASSISTANCE HUMAINE

II – AMENAGEMENTS DES HORAIRES DU POSTE SOUHAITES AU TITRE DE L'ANNEE 2017-2018

(cocher la ou les cases correspondantes)

adaptation des horaires journaliers (à préciser)

.....

.....

.....

aménagement de l'emploi du temps - (ORS réduites jusqu'au tiers pour effectuer des tâches différentes de l'activité professionnelle classique)

Indiquer l'ordre de priorité par numérotation de 1 à 4

- fonctions administratives
- prise en charge de petits groupes d'élèves dans le cadre du soutien
- fonctions dans un CDI- vie scolaire
- autres :

Nombre d'heures (à préciser) :

aménagement de l'emploi du temps (regroupement des O.R.S. sur quelques jours) (à préciser)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

allègement de service (réduction de l'ORS jusqu'au tiers pour suivre des soins médicaux)

Nombre d'heures (à préciser):

III – ATTRIBUTION D'UNE SALLE DE COURS SOUHAITEE AU TITRE DE L'ANNEE 2017-2018

mise à disposition d'une salle de cours (à préciser)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'agent,

Avis du supérieur hiérarchique (à cocher) :

- favorable
- défavorable

Commentaires éventuels sur la demande :

Date et visa

ANNEXE 3
DEMANDE D'AFFECTATION EN POSTE ADAPTE
POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2017
(à retourner à Mme PEYRON Régine DSDEN 05 – division du 1^{er} degré - pour le 2 décembre 2016)

NOM :	PRENOMS :
-------	-----------

I - SITUATION ACTUELLE (cocher la ou les cases correspondantes)

<input type="checkbox"/> EN POSTE	<input type="checkbox"/> temps plein	<input type="checkbox"/> temps partiel (préciser la quotité)
<input type="checkbox"/> CMO <input type="checkbox"/> CLM <input type="checkbox"/> CLD	<input type="checkbox"/> en temps partiel thérapeutique	<input type="checkbox"/> en disponibilité d'office après CLM ou CLD
<input type="checkbox"/> PACD <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} année		
<input type="checkbox"/> PALD <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} année		<input type="checkbox"/> 4 ^{ème} année
<input type="checkbox"/> Personnel déjà en poste adapté : Lieu d'exercice : Horaire hebdomadaire effectué : Nature du poste occupé : Description des fonctions assurées :		
<input type="checkbox"/> Personnel bénéficiant d'un AMENAGEMENT DU POSTE au niveau des horaires <input type="checkbox"/> Adaptation des horaires journaliers <input type="checkbox"/> Aménagement de l'emploi du temps (O.R.S. réduites jusqu'au tiers pour effectuer d'autres tâches) Fonctions assurées pendant la décharge : Nombre d'heures de décharge : <input type="checkbox"/> Aménagement de l'emploi du temps (regroupement des O.R.S. sur quelques jours) <input type="checkbox"/> Allègement de service (O.R.S. réduites jusqu'au tiers) Nombre d'heures de décharge :		
<input type="checkbox"/> Personnel bénéficiant d'une MISE A DISPOSITION D'UNE SALLE DE COURS		
<input type="checkbox"/> Personnel bénéficiant d'un AMENAGEMENT DU POSTE au niveau matériel <input type="checkbox"/> mise à disposition d'un équipement		
<input type="checkbox"/> Personnel bénéficiant d'une ASSISTANCE HUMAINE		

II – NATURE DE LA DEMANDE (cocher la ou les cases correspondantes)

<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande de poste adapté	<input type="checkbox"/> PACD	<input type="checkbox"/> PALD
<input type="checkbox"/> Renouvellement	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année de PACD	<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} année de PACD <input type="checkbox"/> PALD

ANNEXE 4
DEMANDE D'AMENAGEMENTS MATERIELS DU POSTE
ET
D'ASSISTANCE HUMAINE

(à retourner à la DIPE pour le 27 janvier 2017)

I - SITUATION ADMINISTRATIVE

Nom : Nom de jeune fille : Prénoms : Date et lieu de naissance : N° de sécurité sociale :	Corps : Fonction :
Adresse personnelle :	
Adresse mél : N° téléphone : (indispensable pour le suivi du dossier) N° portable :	
Affectation : - établissement, service : - adresse : - n° de tél. : - adresse mél :	

Pour les contractuels, joindre obligatoirement : type de contrat, dates, durée.

Pour tous les personnels, joindre une copie de votre RQTH et de votre bulletin de salaire.

II - NATURE DE LA DEMANDE (cocher la ou les cases correspondantes)

- demande d'équipement(s)
 demande d'assistance humaine

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur ne pas bénéficier d'une prise en charge pour le même objet autre que celle que je sollicite par le dépôt du présent dossier

Date et signature de l'agent

ANNEXE 5
FICHE DE RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES
A compléter avec l'annexe 4 seulement
A remplir par le chef d'établissement ou de service
(à retourner à la DIPE pour le 27 janvier 2017)

CHEF D'ETABLISSEMENT :

Nom :

Prénom :

DEMANDEUR :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Fonction :

Etablissement ou service de rattachement :

Activité professionnelle :

Conditions de travail (locaux, environnement, matériels, horaires)

En cas de demande d'un Tableau Blanc Interactif (TBI), existe-t-il déjà un projet d'acquisition par la mairie, l'établissement ?

Difficultés rencontrées dans le cadre de l'exercice des fonctions :

Date de la demande :

Nom et signature du responsable hiérarchique :

