|  |  |
| --- | --- |
| **DIPATE**  T 02 23 21 75 02  [ce.dipate@ac-rennes.fr](mailto:ce.dipate@ac-rennes.fr)  96 rue d’Antrain - CS 10503  35705 RENNES Cedex 7 |  |

**MOUVEMENT INTRA-ACADEMIQUE ATSS**

**AVIS MEDICAL – RENTREE 2024**

**(document à transmettre au SMA pour instruction)**

Nom :

Prénom :

Corps :

Situation administrative actuelle / affectation :

Voeux de l’intéressé(e) :

* ……………………………..
* ……………………………..
* ………………………………
* ………………………………
* ………………………………
* ………………………………

**Reconnaissance de la priorité légale ou du critère subsidiaire en raison de la situation :**

* De l’intéressé(e)
* D’un enfant à charge
* Du conjoint(e)

**Reconnaissance du handicap :**

* RQTH (ou assimilé) de l’agent candidat au mouvement
* RQTH (ou assimilé) du conjoint
* Enfant handicapé ou souffrant d’une maladie grave

**Le dossier médical :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Statut handicap ou maladie grave | * oui | * non |
| L’état de santé ou le handicap de l’agent ou de ses proches nécessitent impérativement une prise en charge médicale dans un autre lieu géographique que celui du lieu d’exercice ( offre de soins spécifique) | * oui | * non |
| Le mouvement permettrait des conditions de travail plus adaptées pour l’agent du fait de son handicap ou de sa maladie grave ( cf. accessibilité aux locaux, aménagement de poste…) | * oui | * non |

**Observations éventuelles :**

**Avis du médecin au regard des vœux formulés :**

* **Avis favorable**
* **Avis défavorable**

Fait à , le

Cachet et signature