


**FORMULAIRE DE DEMANDE
D'AMENAGEMENT DU POSTE DE TRAVAIL
ET AIDE AUX CONDITIONS DE VIE**

 à adresser au :
Dr Cécile Gruel,
21, rue Saint Etienne
45043 Orléans cedex 1

02 38 79 46 70
ce.medic@ac-orleans-tours.fr

NOM – Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Téléphone :

Courrier électronique :

Fonction exercée :

Lieu d'affectation :

Lieu, adresse et n° de téléphone du lieu d'exercice

Diplôme : - aucun
 - BEPC
 - Bac ou Brevet professionnel
 - supérieur

Grade :

Statut : - contractuel
 - titulaire
 de catégorie A
 de catégorie B
 de catégorie C

Bénéficiaires de l'obligation d'emploi (*joindre obligatoirement les justificatifs*)

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- Carte d'invalidité
- Allocation adulte handicapé
- ATI
- Rente accident du travail supérieur à 10%
- Pension militaire d'invalidité

Type de handicap (à préciser) : -----

Etes-vous bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap délivrée par la MDPH?

- oui (joindre le justificatif du montant de la prestation)
- non (joindre la notification du refus)

Date :

Signature :

Avis du supérieur hiérarchique (Chef d'établissement, IEN, chef de service),
s'il ne s'agit pas de prothèses auditives

Tout dossier incomplet ne pourra être traité