|  |  |
| --- | --- |
|  | MOUVEMENT ACADEMIQUE 2024 DES PERSONNELS ADMINISTRATIFS, TECHNIQUES, SOCIAUX ET DE SANTE **ANNEXE 7 – DEMANDE FORMULÉE AU TITRE D’UNE SITUATION MÉDICALE ET/OU SOCIALE PARTICULIÈRE** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VOTRE SITUATION PERSONNELLE** | | | | | |
| NOM d'USAGE et PRÉNOM: …………………………………………………………………………………………………. | | | | | |
| Né(e) le: ………………………..…… à …………………………………...…………………………………………………... | | | | | |
| Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………….  Téléphone professionnel: ……………………………………..Téléphone mobile: ………………………………………… | | | | | |
| Courriel professionnel: …………………………………………………………………………………………………………. | | | | | |
| Situation familiale : Célibataire 🞎 - Marié(e) 🞎 - Pacsé(e) 🞎 - Concubinage 🞎 - Divorcé(e) 🞎 - Veuf(ve) 🞎 | | | | | |
| Nombre d’enfants mineurs à charge :………………………..âge :………………………………………………………….  Observations particulières :…………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |
| Situation professionnelle de conjoint : Activité 🞎 🡺 statut juridique et commune d’exercice :…………………………  …………………...................................................................................................Demandeur d’emploi 🞎 - Retraité 🞎 | | | | | |
| **VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE** | | | | | |
| Position actuelle : Activité 🞎 - Détachement 🞎 - Disponibilité 🞎 - Congé parental 🞎 - Autre 🞎 : ……………………. | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |
| Etablissement d’affectation : ………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |
| Modalité affectation :Définitive 🞎 - Provisoire 🞎 - Autre 🞎 : ……………………………………………………………… | | | | | |
| Fonctions occupées : *………………………………………………………………………………………………….............* | | | | | |
| Corps/grade: ……………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | |
| Observations particulières : ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |
| **Je reconnais être informé(e) que tout dossier incomplet ne pourra être instruit et j’atteste sur l’honneur l’exactitude des renseignements portés sur ce formulaire.** | | | | | |
| A : | ………………............................. | Le : | ………………………………….. | |  |
| Signature : | | | | | |
| **Les pièces justificatives doivent être jointes au présent formulaire à retourner par voie numérique ou postale au plus tard le 27 mars 2024** | | | | | |
| **Service des affaires médicales (SAM)** | | | | **Service social des personnels** | |
| Rectorat de l’académie de Poitiers – Service des affaires médicales, 22 rue Guillaume VII le Troubadour - CS 40625 – 86022 Poitiers cedex  🕿 05 16 52 64 03 ou 04 / [sam@ac-poitiers.fr](mailto:sam@ac-poitiers.fr) | | | | Monsieur le conseiller technique de service social académique – Rectorat de l’académie de Poitiers 22 rue Guillaume VII le Troubadour - CS 40625 - 86022 Poitiers cedex [social.personnels@ac-poitiers.fr](mailto:social.personnels@ac-poitiers.fr) | |
| **PARTIE RESERVEE AUX SERVICES** | | | | | |
| Situation justifiant une priorité 🞎 - Situation ne justifiant pas une priorité 🞎 | | | | | |
| Situation demandée en raison de l’état de santé et/ou de la situation sociale de l’intéressé(e) 🞎 - de l’enfant 🞎 - du conjoint 🞎 | | | | | |
| Observations :…………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | |
| Conditions géographiques imposées par l’état de santé ou l’environnement social :…………………………………… | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |
| Conditions particulières de travail éventuelles :……………………………………………………………………………... | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |
| Date et signature du service des affaires médicales ou du service social en faveur des personnels : | | | | | |
|  | | | | | |