|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 | 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 |
| **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 : |
|  |