

**DEMANDE DE PRIORITE MEDICALE**  
**Mouvement intra-départemental 2013**  
**À retourner à la DIPE 2 (à l'attention de M. PELLE) –**  
**DSDEN des Alpes-Maritimes**  
**Au plus tard le 15 février 2013**

**NOM :**

**PRENOM :**

Date de naissance :

Adresse personnelle :

N° de Téléphone :

mél :

Situation actuelle :

en poste     en poste adapté

en CMO     en CLM     en CLD

Affectation : .....

Situation de famille :

Nombre et âge des enfants à charge :

Autres charges de famille :

RQTH Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé :

Oui

depuis le :

date d'échéance :

Non

Demande en cours auprès de la MDPH  
(à transmettre à la DIPE 1 dès obtention)

Motifs :

Secteurs géographiques et natures de support envisagés :

Date et signature:

---

Avis de l'Inspecteur(trice) chargé(e) de circonscription

Favorable

Défavorable

Observations éventuelles :

Date et signature :