

DEMANDE D'AMENAGEMENT DU POSTE DE TRAVAIL –
À retourner la DIPE 2 Mme MARKT - DSDEN des Alpes-Maritimes
Au plus tard le 31 mars 2015

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

N° de Téléphone : _____ mél : _____

1. Renseignements

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)

2. Aménagement sollicité

aménagement matériel (1) : acquisition de matériel/logiciels, mise à disposition d'une salle
Indiquez le(s) matériel(s) nécessaire(s).....

assistance humaine (2) : 1^{ère} demande ou renouvellement
Indiquez les tâches nécessitant une assistance.....

Date et signature:

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

Favorable Défavorable

Observations éventuelles :

Date et signature :