

**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 :