

DEMANDE DE PRIORITE MEDICALE
Mouvement intra-départemental 2015
À retourner à la DIPE 2 (à l'attention de Mme FARRUGIA) –
DSDEN des Alpes-Maritimes
Au plus tard le 13 février 2015

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:

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

Observations éventuelles :

Date et signature :

**Adresse de renvoi : DSDEN des Alpes-Maritimes, DIPE 2 (à l'attention de Mme FARRUGIA),
53 Av. Cap de Croix, 06 181 Nice Cedex 2**
Pièces à fournir : certificats médicaux sous pli confidentiel