

**MOUVEMENT DES ENSEIGNANTS DU 1^{ER} DEGRE
DEMANDE DE PRIORITE DANS LE CADRE DU HANDICAP
FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

NOM : _____ NOM de famille : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Grade : _____

- stagiaire titulaire d'un poste fixe
 titulaire exerçant des fonctions de remplacement autre situation (à préciser) _____

AFFECTATION ACTUELLE :

MODALITE :

Définitive

Provisoire

ADRESSE PERSONNELLE :

N° de téléphone (pour prise de contact par le médecin) : _____

SITUATION FAMILIALE SUCCINTE :

PROFESSION DU CONJOINT : _____

LIEU D'EXERCICE DU CONJOINT : _____

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE DE - DE 20 ANS au 1^{er} septembre de l'année scolaire en cours OU HANDICAPE :

VŒUX D'AFFECTATION :

ETAT DES CONGES DE MALADIE DE L'ANNEE EN COURS :

