

Rectorat de l'académie de Crétel  
Service académique  
RH & GRH de proximité  
**SARH-GRHPROX**  
Affaire suivie par :  
Stéphanie GOAËR  
Tél : 01 57 02 62 72  
Mél : ce.sarh-grhprox@ac-creteil.fr

Service médical académique  
**SEMA**  
Affaire suivie par :  
Dr Sabrina HACHANI  
Médecin conseiller technique  
Tél : 01 57 02 68 31  
Mél : ce.sema@ac-creteil.fr

Service médical  
**DSDEN 77**  
Affaire suivie par :  
Samya BACHARA-HAMOUTI  
Tél : 01 64 41 26 31  
Mél : ce.77medprev@ac-creteil.fr

Service médical  
**DSDEN 93**  
Affaire suivie par :  
Nezha BADDOURI  
Tél : 01 43 93 70 91  
Mél : ce.93medprev@ac-creteil.fr

Service médical  
Rectorat  
(pour les personnels exerçant  
dans le 94)  
Affaire suivie par :  
Miguelle GENOT  
Tél : 01 57 02 68 31  
Mél : ce.94medprev@ac-creteil.fr

# **PREMIER DEGRÉ**

## **DOSSIER DE CANDIDATURE**

### **AFFECTATION SUR POSTE ADAPTÉ**

#### **RENTRÉE SCOLAIRE 2026 – 2027**

#### ***SORTIE DU DISPOSITIF D'AFFECTATION SUR POSTE ADAPTÉ***

**à adresser en 3 exemplaires :**

- Pour la direction des services départementaux de Seine-et-Marne**  
à l'attention de Madame DUDON – IEN MRH : 01 80 39 61 74  
20 quai Hippolyte Rossignol – 77010 Melun Cedex
- Pour la direction des services départementaux de Seine-Saint-Denis**  
à l'attention de Madame GUSMAO – DIMOPE 5 : 01 43 93 72 51  
8 rue Claude Bernard – 93008 Bobigny Cedex
- Pour la direction des services départementaux de Val-de-Marne**  
à l'attention de Madame MICHARD – DRHM Service des affaires médicales  
Tel : 01 45 17 60 46  
68 avenue du Général de Gaulle – 94011 Crétel Cedex

**NOM :**

**PRÉNOM :**

**Corps :**  *Instituteur*  *Professeur des Écoles*

**Département d'exercice :**  **77**  **93**  **94**

**Rappel des pièces à joindre au dossier \*:**

- En 3 exemplaires, joints à ce dossier :**  
 lettre de présentation du projet professionnel ;  
 éventuellement reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH, notification de décision) ;
- En 1 exemplaire :**  
 un courrier circonstancié récent (moins de 2 mois) des médecins traitants décrivant la situation médicale de l'intéressé(e), sous pli cacheté.

**\* Le dossier ne pourra être étudié que s'il comporte l'intégralité  
des pièces demandées.**

## **FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

# Informations personnelles

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :                    /                    /                    à

Situation de famille :

Profession du conjoint :

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_ Age du/des enfant(s) : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle :

Code postal :

Ville :

Numéro de téléphone : fixe : / / / / portable : / / / /

Mail : [@](mailto:)

## **Informations professionnelles**

Grade :

## Département d'exercice :

### **Établissement d'exercice :**

Ancienneté des services au 01/09/2025 :

Echelon :

Date de la 1ère titularisation :      /      /

Avez-vous déjà occupé un poste à temps partiel ?  oui  non

## Informations sur vos congés

### Vos congés durant l'année scolaire 2024-2025

Typologie : CLM ; CLD ; CMO	Début	Fin

### Vos congés durant l'année scolaire 2025-2026

Typologie : CLM ; CLD ; CMO	Début	Fin

### CITIS (congés pour accident de service ou maladie professionnelle)

Début	Fin

- Éventuellement, votre taux de votre pension :

- Bénéficiez-vous d'une autre pension ?  oui  non

Si oui, laquelle :

- Disponibilité d'office pour raisons de santé :

- Disponibilité pour convenances personnelles :

- Etes-vous reconnu(e) BOE (Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi) ?  oui  non

(Dans l'affirmative, joindre la copie du justificatif : notification de décision)

- Avez-vous déjà exercé une autre activité professionnelle ?  oui  non

Laquelle ?

Pendant combien d'années ?

- Avez-vous l'intention de formuler des vœux dans le cadre du mouvement général ?  oui  non

\* Dans l'affirmative, lesquels ?

\* Avec une demande de bonification pour raisons médicales ?

oui  non

Date et signature de l'intéressé(e) précédée de la mention « *Vu et pris connaissance* » :

## **FICHE DE VŒUX D'AFFECTION ANNÉE 2026 – 2027**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**VOUS DEMANDEZ :**

**LA SORTIE DU DISPOSITIF D'AFFECTION SUR POSTE ADAPTÉ**

**Projet professionnel envisagé à la sortie du dispositif : (à compléter par une lettre de présentation)**

Il vous est demandé de décrire votre projet à titre indicatif, celui-ci ne vous engage pas pour l'avenir et pourra être revu au moment de votre sortie du dispositif en fonction de l'évolution de votre projet professionnel ou de votre situation et en lien avec le médecin des personnels et le service RH.

**Sortie envisagée :**

- Retour sur vos fonctions d'origine
- Détachement
- Reclassement sur poste de type administratif
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

## DOSSIER DE CANDIDATURE : AFFECTATION SUR POSTE ADAPTÉ

### Recueil de votre consentement

Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du parlement européen du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et à la législation en vigueur, vos informations sont traitées dans le respect de cette réglementation. Aussi, toutes les données sensibles, en l'espèce concernant la santé, doivent faire l'objet du recueil de votre consentement afin de donner à l'administration les moyens légaux de les traiter dans le cadre de votre demande.

Pour votre complète information, l'absence ou le refus de consentement entraînent l'impossibilité de l'instruction et du traitement de votre candidature.

Je, soussigné(e)

donne l'autorisation afin que les données sensibles communiquées dans le présent dossier soient utilisées pour instruire et traiter ma demande :

OUI                            NON

Je donne mon consentement :

OUI                            NON

Date et signature :