



**ACADÉMIE  
DE CRÉTEIL**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Division des personnels enseignants**

**Rectorat de l'académie de Créteil  
Division des Personnels Enseignants**

**Cellule Mouvement**  
Mél : mvt2d@ac-creteil.fr

4, rue Georges-Enesco  
94 010 Créteil Cedex  
www.ac-creteil.fr

## **Annexe 04**

Circulaire académique 2025-035 du 19/03/2025

**Titre : Dossier de demande de bonification au titre du handicap - mouvement intra  
académique 2025**

**DATE LIMITE D'ENVOI DU DOSSIER :  
AU PLUS TARD LE 18 avril 2025 23h59  
CONSULTER le BO spécial n° 05 du 31 octobre 2024**

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Grade :** ..... **Discipline :** .....

La procédure concerne :

- ∞ les personnels titulaires ou stagiaires (BOE) ;
- ∞ leur conjoint bénéficiaire de l'obligation d'emploi ;
- ∞ la situation d'un enfant handicapé ou ayant un problème grave de santé.

**Modalité de retour de l'entièreté du dossier**



- Soit par mail (de préférence) à l'adresse suivante avec AR : [ce.sema@ac-creteil.fr](mailto:ce.sema@ac-creteil.fr) avec en objet MVT INTRA ACA/NOM/PRENOM
- Soit par courrier postal et sous pli confidentiel en recommandé avec accusé de réception au service médical du rectorat à l'adresse ci-après :

**Rectorat de Créteil  
Service Médical - SEMA**

A l'attention du docteur désigné par la rectrice  
4 rue Georges Enesco  
94010 Créteil Cedex

- ✓ La fiche de renseignement (annexe 4 de la circulaire académique)
- ✓ Le document justifiant de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE).
- ✓ Une lettre de demande de priorité de mutation au titre du handicap justifiant votre vœu géographique ;
- ✓ Un compte rendu médical détaillé récent, rédigé par le médecin généraliste ou par le médecin spécialiste concerné (nature et histoire de la pathologie, traitements suivis et/ou en cours, perspectives évolutives). Il y sera joint photocopie de toutes pièces utiles (ex : compte-rendu d'hospitalisation). Dans le cas de la situation du conjoint BOE, documenter les éventuels besoins de « tierce personne ».

☞ **Une copie du document justifiant de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) doit être jointe à votre demande de mutation.**

**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) M ou M<sup>me</sup> \_\_\_\_\_ 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 :

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS À REMPLIR PAR L'INTÉRESSÉ(E)  
(EN LETTRES CAPITALES) ET À ENVOYER AU SERVICE MÉDICAL  
ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES**

**Nom-Prénom :** ..... Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : .....

Adresse personnelle : .....

Tél. : ..... Email : .....

Académie d'origine : ..... Date d'entrée dans l'académie de Créteil : .....

Notification de la MDPH en date du ..../..../... délivrée par : .....

Avez-vous déjà obtenu une affectation ou une mutation pour raisons médicales ? .....

Si oui, à quelle date ? : ..... dans quelle académie ? : .....

Grade : ..... Discipline : .....

**Affectation 2024-2025** (Nom et adresse de l'Etb) : .....

Stagiaire                       Titulaire du poste                       Sans poste                       Mise à disposition de la rectrice

Titulaire remplaçant - Nom et adresse de l'Etablissement de rattachement : .....

Affectation à l'Année (A.F.A.) : Nom et adresse de l'Etablissement de rattachement : .....

**Les raisons médicales évoquées concernent :**

l'intéressé(e)                       son ou ses enfants                       son conjoint(e)

Nombre d'enfants à charge et âge : .....

Profession du conjoint et lieu d'exercice : .....

**VŒUX formulé au MOUVEMENT INTRA ACADEMIQUE 2025 sur SIAM I-prof :**

1.....	11.....	21.....
2.....	12.....	22.....
3.....	13.....	23.....
4.....	14.....	24.....
5.....	15.....	25.....
6.....	16.....	DATE et SIGNATURE de l'intéressé(e)
7.....	17.....	
8.....	18.....	
9.....	19.....	

10.....	20.....	
---------	---------	--