**Formulaire de demande d’aménagement de poste de travail :**

**À renseigner et compléter avec l’ensemble des pièces nécessaires à l’examen de la demande**

**A transmettre par l’agent à la MAIPH,** ce.maiph@ac-versailles.fr **et au médecin de prévention**

**Vos éléments d’identification professionnelle :**

NOM Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Votre adresse courriel professionnel :

Adresse de votre domicile :

Corps – Grade d’appartenance : Titulaire : ☐ oui ☐ non

Etablissement ou service d’affectation actuel :

Poste occupé :

Si vous êtes affecté(e) à la rentrée prochaine dans l’académie de Versailles, indiquer l’académie et l’établissement/école d’origine :

**Votre situation administrative :**

En exercice : ☐ oui ☐ non

* Si OUI ☐ Temps complet ☐ Temps partiel : indiquez la quotité
* Si NON : précisez le type de congé maladie

☐ CMO ☐ CLM ☐ CLD ☐ CGM ☐ autre position (congé parental, congé maternité…)

Préciser :

Date de reprise prévue :

**Reconnaissance de votre situation de handicap :**

1. Avez-vous une reconnaissance de handicap ?

 □ Oui, précisez ci-dessous

 RQTH □ Taux : \_\_\_\_% Invalidité □ Autre □ :

Dates de validité de cette reconnaissance : du \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

□ Dépôt en cours => Date de l’accusé réception de la demande par la MDPH : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

□ Non je ne suis pas titulaire d’une reconnaissance de travailleur en situation de handicap.

1. Avez-vous la notification de la décision de la MDPH pour la PCH, qu’elle soit acceptée ou refusée, permettant la prise en charge du transport domicile-travail, d’équipements spécifiques ?

□ Non □ Oui, en date du \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

1. Observations particulières dont vous souhaitez faire part pour l’étude de votre demande par la commission : joindre au formulaire une lettre sur papier libre décrivant votre besoin de compensation en lien avec votre poste de travail.
2. **Votre demande d’aménagement :**

Concerne : □ une 1ère demande □ un renouvellement

**NATURE DE LA DEMANDE** : (l’agent coche la ou les cases correspondantes)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **cochez** | **Votre demande correspondant à votre besoin (vos besoins) de compensation** | **Votre commentaire précisant l’apport de cet aménagement dans le cadre de votre activité professionnelle** |
|  | Prise en charge du transport Domicile –Travail  |  |
|  | Aménagement du véhicule personnel |  |
|  | Matériels spécifiques (siège ergonomique, loupe, autres) à préciser |  |
|  | Interprète en langue des signes |  |
|  | Appareillage auditif ou autre prothèse (précisez) |  |
|  | APSH : Précisez la quotité souhaitée (\*) |  |
|  | Auxiliaire de vie |  |
|  | Formation spécifique permettant la compensation individuelle à une situation de handicap, précisez quelle formation |  |
|  | Aménagement organisationnel : *horaires adaptés souhaités, salle de classe adaptée souhaitée, accès parking, autre :* |  |
|  | Autre, précisez : |  |

 (\*) *Un contrat est au minimum de 17h30. Si les besoins sont moindres, une solution doit être trouvée en interne.*

|  |
| --- |
| **L’agent** |
| Date : | Nom prénom : | Signature : |
| **Le supérieur hiérarchique (avis OBLIGATOIRE)** |
| Date :  | Nom, prénom : |
| **Visa** du supérieur hiérarchique et cachet : |
| ***Pour toute demande d’aménagement organisationnel,*****AVIS MOTIVE** du supérieur hiérarchique sur la demande au regard des contraintes des services horaires et des locaux : |