

Annexe

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

Encart à l'attention de l'agent et du chef d'établissement/ de service/ de l'IEN

TRES IMPORTANT, A LIRE AVANT DE COMPLETER LES RUBRIQUES :

L'agent complète ce document avec ses besoins de compensation, tels qu'il les perçoit. Ce document n'a pas de caractère définitif. Il est l'occasion pour l'agent d'avoir un entretien avec son supérieur hiérarchique, accompagné s'il le souhaite de la personne de son choix, si possible en amont de la rentrée. Cet entretien portera sur la faisabilité de la mise en œuvre de l'aménagement de poste ORGANISATIONNEL au regard des besoins exprimés (aménagement de l'EDT, attribution d'une salle fixe, d'une place de parking, modification des activités prises en charge...). Sur la base de ce formulaire, le médecin des personnels établira un avis médical.

Pour toute question, contactez la correspondante handicap académique à l'adresse suivante :

correspondant-handicap@ac-versailles.fr

Après cet entretien, l'agent doit transmettre ce document à la MAIPH, ce.maiph@ac-versailles.fr ainsi qu'au médecin de prévention (ce.ia78.medecindespersonnels@ac-versailles.fr selon le n° de département)

L'agent		
Date :	Nom prénom :	Signature :

Entretien avec le supérieur hiérarchique portant sur la demande de l'agent
Nom, prénom, qualité du supérieur hiérarchique :

Remarques éventuelles :

Vu et pris connaissance par le chef de service/d'établissement/ l'IEN, le XX/XX/202X :

Vous devez compléter soigneusement l'ensemble des rubriques ci-dessous

L'agent :

NOM Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Votre adresse courriel professionnel :

Adresse de votre domicile :

Corps – Grade d'appartenance :

Titulaire : oui non

Adresse complète de l'établissement ou du service d'affectation actuel :

Poste occupé : reclassement poste adapté

Adresse mail de votre supérieur hiérarchique (chef d'établissement, IEN, responsable PIAL...) :

.....@versailles.fr

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

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 (si connu) : ____% 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____

2. 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____

3. Observations particulières dont vous souhaitez faire part pour l'étude de votre demande par la commission : Vous pouvez joindre au formulaire un courrier sur papier libre décrivant votre besoin de compensation en lien avec votre poste de travail.

4. **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 : <i>horaires adaptés souhaités, salle de classe adaptée souhaitée, accès parking, autre :</i>	
	Autre, précisez :	

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