**ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

Ce formulaire est destiné à vous aider à préciser vos besoins. Il ne présente en aucun cas un caractère obligatoire mais il permet de faire valoir vos droits. Vous pouvez le remplir et le transmettre à votre correspondante handicap, Monique CHATARD, ou le compléter avec elle si vous la sollicitez pour un entretien. Les informations recueillies à l’issue de cet entretien ou portées dans ce document resteront strictement confidentielles.

**VOS COORDONNÉES :**

M. / Mme  Prénom : Nom :

Composante : Service :

**VOTRE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE :**

* Enseignant 🞎 Enseignant/Enseignant chercheur 🞎 Doctorant

Filière :

🞎 AENES 🞎 ITRF 🞎 Bibliothèque

🞎 Catégorie A 🞎 Catégorie B 🞎 Catégrie C

Statut :

🞎 Titulaire 🞎 CDI 🞎 CDD

**BESOINS EXPRIMÉS :**

🞎 Aménagement du poste de travail

🞎 Temps partiel de droit

🞎 Priorité pour les mutations

🞎 Prise en compte du handicap dans le dossier de retraite (sous certaines conditions)

🞎 Bonification des chèques vacances

🞎 Aide au déménagement

🞎 Autre : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

🞎 **Aucun besoin particulier mais je souhaite obtenir des renseignements d’ordre général**

*Cochez la case correspondante pour indiquer votre catégorie de bénéficiaire de l’obligation d’emploi (BOE) et joignez, le cas échéant, une pièce justificative (copie d’une carte d’invalidité, par exemple).*

**HANDICAP RECONNU :**

🞎 Travailleur reconnu handicapé par la commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (RQTH)

🞎 Titulaire de la carte « mobilité inclusion » « invalidité » (art. L. 31-3 du code de l’action sociale et des familles)

🞎 Titulaire de l’allocation aux adultes handicapés

**PENSION D’INVALIDITÉ :**

🞎 Titulaire d’une pension d’invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l’invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain

🞎 Invalide de guerre titulaire d’une pension militaire d’invalidité au titre du code des pensions militaires d’invalidité et des victimes de la guerre

**AGENT RECLASSÉ SUITE A UNE INAPTITUDE AUX FONCTIONS RECONNUE PAR LE COMITÉ MÉDICAL** :

🞎 Agent reclassé par détachement

🞎 Agent bénéficiant d’un changement d’emploi au sein de son corps ou cadre d’emploi

**ALLOCATION/RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL, MALADIE PROFESSIONNELLE**:

🞎 Victime d’accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % ou titulaire d’une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire

🞎 Titulaire d’une allocation ou d’une rente d’invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91- 1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d’accident survenu ou de maladie contractée en service

🞎 Agent bénéficiant d’une allocation temporaire d’invalidité

🞎 **Bénéficiaire des emplois réservés au titre du code des pensions militaires d’invalidité et des victimes de guerre** (articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-4 de ce code)

🞎 **Autres** (précisez) : ………………………………………………………………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

🞎 **Mon handicap n’a pas été reconnu mais je souhaite des informations à ce sujet**

Agent : Correspondant handicap :

Nom /Prénom : Nom / Prénom :

Date et signature : Date et signature