

**MOUVEMENT DEPARTEMENTAL - Rentrée Scolaire 2015**

**Fiche de renseignements à compléter par l'intéressé(e)  
pour une DEMANDE DE PRIORITE MEDICALE**

M., Mme (barrer la mention inutile)

NOM : ..... NOM D'USAGE : .....

PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

GRADE : .....

stagiaire

titulaire d'un poste fixe

titulaire exerçant des fonctions de remplacement

autre situation (à préciser)

AFFECTATION ACTUELLE :

MODALITE :

.....  
.....

Définitive   
Provisoire

ADRESSE PERSONNELLE :

.....  
.....

N° téléphone personnel : ..... N° téléphone professionnel : .....

Adresse électronique professionnelle : .....@ac-nancy-metz.fr

SITUATION FAMILIALE SUCCINCTE : .....

PROFESSION DU CONJOINT : .....

LIEU D'EXERCICE DU CONJOINT : .....

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE DE MOINS DE 20 ANS au 1<sup>er</sup> septembre 2015 ou  
HANDICAPE :

.....

VŒUX D'AFFECTATION (zones géographiques) :

.....  
.....

ETAT DES CONGES DE MALADIE DE L'ANNEE EN COURS :

-.....  
-.....  
-.....  
-.....

CETTE DEMANDE DE PRIORITE MEDICALE CONCERNE :

Vous-même  Votre conjoint  Un enfant à charge

ETES-VOUS BENEFICIAIRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI ?

Vous-même OUI  (1) NON

Votre conjoint OUI  (1) NON

(1) joindre la pièce justificative correspondante (exemple : notification de RQTH)

Date et signature du demandeur :