

MOUVEMENT DEPARTEMENTAL - Rentrée Scolaire 2013

**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 :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> stagiaire | <input type="checkbox"/> titulaire d'un poste fixe |
| <input type="checkbox"/> titulaire exerçant des fonctions de remplacement | <input type="checkbox"/> autre situation (à préciser) |

AFFECTATION ACTUELLE :	MODALITE : Définitive <input type="checkbox"/> Provisoire <input type="checkbox"/>
---	--

ADRESSE PERSONNELLE :
.....
.....
.....

N° DE TELEPHONE :
- du domicile..... - du lieu de travail.....

SITUATION FAMILIALE SUCCINCTE :
.....
.....

PROFESSION DU CONJOINT :

LIEU D'EXERCICE DU CONJOINT :

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE DE MOINS DE 20 ANS au 1^{er} septembre 2013 ou
HANDICAPE :
.....
.....

VŒUX D'AFFECTATION :
.....
.....
.....

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

Date et signature du demandeur :