

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 :

stagiaire

titulaire d'un poste fixe

titulaire exerçant des fonctions de remplacement

autre situation (à préciser)

AFFECTATION ACTUELLE :

.....
.....
.....

MODALITE :

Définitive
Provisoire

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 :