**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**](mailto:correspondant-handicap@ac-versailles.fr)

**Après cet entretien, l’agent doit transmettre ce document à la MAIPH,** [**ce.maiph@ac-versailles.fr**](mailto:ce.maiph@ac-versailles.fr) **ainsi qu’au médecin de prévention (**[**ce.ia78.medecindespersonnels@ac-versailles**](mailto:ce.ia78.medecindespersonnels@ac-versailles) **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\_\_\_\_

1. 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\_\_\_\_

1. 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.
2. **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 : *horaires adaptés souhaités, salle de classe adaptée souhaitée, accès parking, autre :* |  |
|  | Autre, précisez : |  |

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