ACADÉMIE
DE NANCY-METZ
Liberté
Égalité
Fraternité

LE HANDICAP TOUS CONCERNÉS

Accompagnement des personnes en situation de handicap
Formulaire de déclaration

Ce formulaire est destiné à vous aider à préciser vos besoins et à faire valoir vos droits. Vous pouvez le remplir et le transmettre au service des ressources humaines ou bien, éventuellement, le remplir conjointement avec la correspondante handicap académique si vous sollicitez un entretien auprès d'elle. Les informations recueillies à l'issue de cet entretien ou portées dans ce document **resteront strictement confidentielles**.
Les titres BOE seront transmis au service de gestion concerné pour classement dans les dossiers administratifs.

Nom – Prénom : .....

Date de naissance : .....

Grade : Discipline : .....

Affectation : .....

Coordonnées téléphoniques : .....
de façon à ce que la correspondante handicap puisse éventuellement vous contacter

Besoin exprimé
☐ 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
☐ autre : .....
.....
(ces aménagements des conditions de travail sont préconisés par les médecins du travail. Prise de rendez-vous sur PARTAGE/MES APPLICATIONS/OUTILS/ACT)
☐ aucun besoin particulier mais je souhaite obtenir des renseignements d'ordre général (correspondante handicap académique : 03.83.86.23.29)

Cochez la case correspondante pour indiquer votre catégorie de bénéficiaire 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
☐ titulaire de la carte d'invalidité (article L. 241- 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 à 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 la guerre** (articles L 394, L 395 et L 396 de ce code)

☐ **Autres** (préciser) : .....

☐ mon handicap n'a pas été reconnu mais je souhaite des informations à ce sujet

<u>Retourner ce document accompagné d'une copie du justificatif au</u> :
Rectorat de l'académie de Nancy-Metz
Service des ressources humaines
9 rue des Brice
CO n° 30013
54035 NANCY CEDEX
correspondant-handicap@ac-nancy-metz.fr

<u>Personne à contacter en cas de besoin</u> :

Correspondante handicap académique
Service des ressources humaines
correspondant-handicap@ac-nancy-metz.fr
Tél : 03.83.86.21.03