



**DEMANDE D'AMENAGEMENT DE POSTE**

*Pour les personnels du 1<sup>er</sup> degré de l'enseignement privé sous contrat*

ANNEXE 1

---

**IDENTIFICATION PROFESSIONNELLE**

NOM, prénom :

Date de naissance :

Grade :

Etablissement d'exercice :

N° de Téléphone :

Mail institutionnel:

---

**SITUATION ACTUELLE :**

- temps plein       temps partiel : ..... quotité  
 CMO       CLM       CLD       temps partiel thérapeutique  
 contractuel

**RQTH** Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé :

- Oui      depuis le :      date d'échéance :  
 Non       Demande en cours auprès de la MDPH  
(à nous transmettre dès obtention)

Eventuel(s) aménagement(s) mis en oeuvre pour l'année en cours :

---

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DE POSTE 2023-2024**

Je sollicite auprès de la Direction des Ressources Humaines du rectorat de Nice une demande d'aménagement de poste.

Aménagement des horaires :

Mise à disposition d'une salle de cours :

Allègement de service (*précisez la quotité souhaitée*) :

Demande d'accompagnant de personnel en situation handicap (APSH) :  
*Veillez indiquer les tâches nécessitant l'intervention d'un accompagnant.*

**AVIS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE CONCERNANT LES AMENAGEMENTS :**

(Exemple : possibilité de remplacement, particularités des locaux si absence de salles en rez-de-chaussée)

**Constitution du dossier :**

- L'annexe visée par le supérieur hiérarchique
- Une lettre exposant de façon claire et détaillée la description de votre demande
- le formulaire de certificat médical joint, **sous pli confidentiel**, à l'attention du Médecin de prévention.
- L'emploi du temps de l'année en cours
- Une copie de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

Adresse de renvoi du dossier : **rectorat de l'Académie de Nice, Service Médical, 53 avenue Cap de Croix - 06181 Nice cedex 2**

**Avant le 28 février 2023**

Date et signature du supérieur hiérarchique

Date et signature du demandeur



**AVIS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE :**

**Constitution du dossier :**

- L'annexe visée par le supérieur hiérarchique
- Une lettre exposant de façon claire et détaillée la description de votre demande
- le formulaire de certificat médical joint, **sous pli confidentiel**, à l'attention du Médecin de prévention.
- Une copie obligatoire de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)
- La réponse de la MDPH concernant la demande de prestation de compensation du handicap (PCH). A demander uniquement pour les équipements utilisés dans la vie privée et professionnelle (prothèses auditives, aménagement du véhicule) avant de constituer le dossier d'aménagement matériel.

Adresse de renvoi du dossier : **rectorat de l'Académie de Nice, Service Médical, 53 avenue Cap de Croix - 06181 Nice cedex 2**

Date et signature du supérieur hiérarchique

Date et signature du demandeur



**ACADÉMIE  
DE NICE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Formulaire certificat médical confidentiel**

**Certificat médical confidentiel à compléter par le médecin traitant généraliste ou  
spécialiste du patient**

**réservé à l'usage exclusif du médecin conseiller technique ou du médecin de  
prévention en faveur des personnels de l'académie de Nice**

document soumis au secret professionnel  
article 226-13 du Code Pénal

**Nom d'usage** ..... **Prénom** .....

**Nom de naissance** ..... **Date de naissance** .....

**Adresse** .....

.....

.....

.....

**Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap (diagnostic, date de début des troubles,  
évolution)** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☀ Examens complémentaires joints à la demande :

☀ Compte(s) rendu(s) hospitaliers joints à la demande :

Description clinique actuelle : .....

.....

.....

.....

**Traitements, prises en charges thérapeutiques**

**Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires)**

.....

.....

**Prise en charge régulières**

- ☀ Hospitalisations itératives ou programmées
- ☀ Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- ☀ Autres prises en charges paramédicales régulières
- ☀ Autre (préciser) .....

.....

Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient : .....

.....

.....

Certificat médical établi le .....

Signature et cachet du médecin