



**ACADÉMIE
DE TOULOUSE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Demande d'adaptation du poste de travail

A un état de santé

Formulaire de demande, en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021

A transmettre **impérativement** complété dans son intégralité, accompagné des pièces justificatives et signé à correspondant-handicap@ac-toulouse.fr

➤ L'Agent

Mr. Mme Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Téléphone :

Adresse mail :

Adresse postale :

Code postale :

Ville :

Situation par rapport au handicap

Titre de bénéficiaire du statut de personne handicapée	Document à présenter
<input type="checkbox"/> Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé délivrée par la CDAPH	Photocopie de la RQTH (en cours de validité)
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une pension d'invalidité réduisant au moins des deux tiers la capacité de travail ou de gain	Photocopie du titre de la pension d'invalidité (en cours de validité)
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une rente d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10%	Photocopie du titre justifiant cette rente et ce taux d'incapacité (en cours de validité)
<input type="checkbox"/> Titulaire de l'AAH	Photocopie du titre justifiant de la perception de l'AAH (en cours de validité)
<input type="checkbox"/> Titulaire de la carte d'invalidité	Photocopie de la carte d'invalidité (en cours de validité)
<input type="checkbox"/> Titulaire de la carte mobilité inclusion comportant la mention invalidité	Photocopie de la carte d'invalidité (en cours de validité)
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une allocation temporaire d'invalidité	Photocopie du titre de bénéficiaire de l'ATI (en cours de validité)
<input type="checkbox"/> Agent reclassé statutairement	Avis du comité médical ou de la commission de réforme et document prononçant le détachement ou le reclassement
<input type="checkbox"/> Agent en cours de reclassement	Avis du comité médical ou de la commission de réforme
<input type="checkbox"/> Agent ayant changé de poste suite à une inaptitude à la fonction reconnue par le comité médical ou la commission de réforme	Avis du comité médical ou de la commission de réforme et décision d'affectation sur un nouveau poste ou à de nouvelles fonctions
<input type="checkbox"/> Attente d'un des titres précédemment cités	Justificatif d'attente. C'est l'avis du médecin du travail précisant la ou les restrictions de l'agent et leur temporalité qui pourra éventuellement permettre la mobilisation des fonds Handicap

Date de validité du justificatif du statut :

Date de début :

date de fin :

Attribué à titre définitif

Date du justificatif d'attente d'un titre :

Nature du titre attendu :

➤ **La Situation Professionnelle**

Statut :

Titulaire Poste définitif

Titulaire Zone de Remplacement

Contractuel CDIisé

Contractuel non CDIisé

Date de fin du contrat :

Fonction :

Corps :

Discipline ou poste occupé :

Temps de travail hebdomadaire :

Affectation (à la date de la demande) :

Nom de la structure :

Service (s'il y a lieu) :

Fonction du Responsable :

Nom Prénom

Téléphone de la structure :

Adresse mail :

Adresse postale :

Code postale :

Ville :

A la date de la demande, je réalise mon service dans plusieurs établissements (précisez dans le cadre ci-dessous) :

A la date de la demande, je suis en activité. Dans l'hypothèse contraire, veuillez préciser :

➤ **Les situations contraignantes / invalidantes**

Présentation par l'agent des situations de travail qui entraînent des difficultés.

Fait à _____, le _____

Nom Prénom - Signature de l'intéressé(e) :

Présentation par le chef d'établissement ou de service, des activités professionnelles de l'agent, ses conditions de travail (locaux, matériels, horaires, changement de salle, configuration informatique...), et éventuellement les difficultés que l'agent rencontre dans le cadre de ses fonctions.

Fait à _____, le _____

Nom Prénom - Signature du supérieur hiérarchique :