

# FICHE SYNDICALE

## Aménagement du poste de travail

A retourner à:  
SNES – 264 Bd de la Madeleine - 06000 Nice  
(tél.: 04.97.11.81.53. fax: 04.97.11.81.51).



**Important : n'hésitez pas à nous fournir tout document justificatif à l'appui de votre demande.**  
**Ces renseignements resteront strictement confidentiels.**

### TYPE DE DEMANDE (cocher la case utile)

- |  |   |
|--|---|
| * Adaptation des horaires <input type="checkbox"/>                               | * Aménagement de l'emploi du temps <input type="checkbox"/> |
| * Attribution d'une salle ou d'un équipement spécifique <input type="checkbox"/> | * Allègement de service <input type="checkbox"/>            |
| * Mise à disposition d'une assistance humaine <input type="checkbox"/>           |   |

### COORDONNEES

Nom ..... Nom de jeune fille .....

Prénom ..... Date et lieu de naissance.....

Adresse .....

Adresse mail ..... N° tél .....

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)

Age et profession du conjoint.....

Nombre et âges des enfants à charge .....

Autres charges de famille .....

Avez-vous déjà occupé un poste normal à mi-temps? Oui  Non  Quand? .....

Avez-vous déjà obtenu le mi-temps thérapeutique? Oui  Non  Quand?.....

### SITUATION PROFESSIONNELLE

Etablissement d'exercice ..... Ville.....

Discipline ..... Corps :..... Grade .....

**Est-ce une première demande ?** .....

Date de nomination dans le poste actuel ..... Date de titularisation dans le corps.....

Ancienneté générale de services dans l'EN ..... Echelon actuel .....

Durée des services actifs accomplis dans la fonction .....

Autres qualifications éventuelles.....

Avez-vous exercé une autre activité professionnelle? Laquelle? .....

Durant quelle période?.....

#### CONGES OBTENUS

Congés de longue durée (dates)..... Total .....

Congés de longue maladie (dates).....Total .....

Disponibilité d'office après maladie (dates).....Total .....

Congés pour accident du travail (dates).....Total .....

Congés pour convenance personnelle (dates)..... Total .....

Avez-vous exercé une occupation à titre thérapeutique ..... Dates .....

Avez-vous déjà bénéficié d'un poste adapté (nature PACD/PALD) ou d'un emploi en réadaptation ..... Dates : .....

Etes-vous reconnu(e) travailleur handicapé? Oui  Non

Date de la notification ( Merci de nous fournir copie de la RQTH ) :

#### RAISONS DE VOTRE DEMANDE

Précisez la nature de votre maladie, l'importance et la nature des séquelles.....

.....

.....

Consacrez-vous une partie de votre temps à des soins (ex.: rééducation, psychothérapie, etc...)? Précisez-en la nature, la fréquence et la durée:

.....

Autres raisons de votre demande: .....

.....

**Le comité médical a-t-il recommandé un aménagement du poste de travail ? Si oui, lequel ?**

.....

.....

.....

Merci de nous fournir copie de cet avis.

#### SITUATION SYNDICALE

Etes-vous syndiqué(e) au SNES? Oui  Non

#### AUTORISATION A COMPLETER

J'accepte de fournir au SNES les informations nécessaires à l'examen de ma carrière. Je demande au SNES de me communiquer les informations académiques et nationales de gestion de ma carrière auxquelles il a accès à l'occasion des commissions paritaires et l'autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers et des traitements informatisés, dans les conditions fixées dans les articles 26 et 27 de la loi du 6.1.1978. Cette autorisation est à reconduire lors du renouvellement de l'adhésion et révocable par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant au SNES: 46 avenue d'Ivry, 75647 Paris Cedex 13 ou à ma section académique.

Date:

Signature: