

DEMANDE DE PRIORITE MEDICALE  
**800 POINTS**  
Mouvement interdépartemental 2019

**À retourner à la DIPE 2 (à l'attention de Mme ABDALLAH exclusivement)  
– DSDEN des Alpes-Maritimes pour le 30 novembre 2018**

**NOM :**

**PRENOM :**

Date de naissance :

Adresse personnelle :

N° de Téléphone :

mél :

**1. Situation actuelle :**

- ☐ en poste      ☐ en poste adapté  
☐ en CMO      ☐ en CLM      ☐ en CLD

Affectation : .....

**2. Situation de famille :**

Nombre et âge des enfants à charge :

Autres charges de famille :

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

- ☐ Oui      depuis le :      date d'échéance :  
☐ Non      ☐ Demande en cours auprès de la MDPH  
(à transmettre à la DIPE 1 dès obtention)

Date et signature:

---

Visa de l'Inspecteur(trice) chargé(e) de circonscription

Observations éventuelles :

Date et signature :

**Adresse de renvoi : DSDEN des Alpes-Maritimes, DIPE 2 (à l'attention de Mme ABDALLAH),  
53 Av. Cap de Croix, 06 181 Nice Cedex 2**

**Pièces à fournir : certificats médicaux sous pli confidentiel, toute pièce que vous jugerez utile à  
l'étude de votre dossier.**