



**ACADÉMIE  
DE CRÉTEIL**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Division des personnels enseignants**

**Rectorat de l'académie de Créteil  
Division des Personnels Enseignants**

**Cellule Mouvement**  
Mél : mvt2d@ac-creteil.fr

4, rue Georges-Enesco  
94 010 Créteil Cedex  
www.ac-creteil.fr

## Annexe 02

Circulaire académique n°2025-024 du 28/10/2025

**Titre : Dossier de demande de bonification au titre du handicap – mouvement inter académique 2026**

**DATE LIMITE D'ENVOI DU DOSSIER :  
AU PLUS TARD LE 05 décembre 2025 minuit  
CONSULTER le BO spécial n° 5 du 31 octobre 2024**

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Grade :** ..... **Discipline :** .....

La procédure concerne :

- les personnels titulaires ou stagiaires (BOE) ;
- leur conjoint bénéficiaire de l'obligation d'emploi ;
- la situation d'un enfant handicapé ou ayant un problème grave de santé.

Modalité de retour de l'entièreté du dossier

- Soit par mail (de préférence) à l'adresse suivante avec AR : [ce.sema@ac-creteil.fr](mailto:ce.sema@ac-creteil.fr) avec en objet MVT INTERACA/NOM/PRENOM
- Soit par courrier postal et sous pli confidentiel en recommandé avec accusé de réception au service médical du rectorat à l'adresse ci-après :

**Rectorat de Créteil**  
**Service Médical – SEMA**

A l'attention du médecin conseiller technique du recteur  
4 rue Georges Enesco  
94010 Créteil Cedex

**PIECES JUSTIFICATIVES**

- ✓ L'ensemble des 3 pages de l'annexe 2
- ✓ Le document justifiant de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE).
- ✓ Une lettre de demande de priorité de mutation au titre du handicap justifiant votre vœu géographique ;
- ✓ Un compte rendu médical détaillé récent, rédigé par le médecin généraliste ou par le médecin spécialiste concerné (nature et histoire de la pathologie, traitements suivis et/ou en cours, perspectives évolutives). Il y sera joint photocopie de toute pièce utile (ex : compte-rendu d'hospitalisation). **Dans le cas de la situation du conjoint BOE**, documenter les éventuels besoins de « tierce personne ».

📌 **Pour rappel : une copie du document justifiant de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) doit être jointe à votre demande de mutation.**

**RECUEIL DE VOTRE CONSENTEMENT**

Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du parlement européen du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et à la législation en vigueur, vos informations sont traitées dans le respect de cette réglementation. Aussi, toutes les données sensibles, en l'espèce concernant la santé, doivent faire l'objet du recueil de votre consentement afin de donner à l'administration les moyens légaux de les traiter dans le cadre de votre demande.

Pour votre complète information, l'absence ou le refus de consentement entraînent l'impossibilité de l'instruction et du traitement de votre candidature

Je, soussigné(e) M. ou Mme

donne l'autorisation afin que les données sensibles communiquées dans le présent dossier soient utilisées pour instruire et traiter ma demande: ☐ OUI ☐ NON

Je donne mon consentement: : ☐ OUI ☐ NON

Date et signature :

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS A REMPLIR PAR L'INTERESSE(E)  
(EN LETTRES CAPITALES) ET À ENVOYER AU SERVICE MÉDICAL  
ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES**

**Nom-Prénom :** ..... **Nom de jeune fille :** .....

**Né(e) le :** .....

**Adresse personnelle :** .....

**Tél. :** ..... **Email :** .....

**Académie d'origine :** ..... **Date d'entrée dans l'académie de Créteil :** .....

**Notification de la MDPH en date du .... / .... / .... délivrée par :** .....

**Avez-vous déjà obtenu une affectation ou une mutation pour raisons médicales ?** .....

**Si oui, à quelle date ? :** ..... **dans quelle académie ? :** .....

**Grade :** ..... **Discipline :** .....

**Affectation 2025-2026 (Nom et adresse de l'Etb) :** .....

☐ Stagiaire      ☐ Titulaire du poste      ☐ Sans poste      ☐ Mise à disposition du recteur

☐ Titulaire remplaçant – Nom et adresse de l'Ets de rattachement : .....

☐ Affectation à l'Année (A.F.A.) : Nom et adresse de l'Ets de rattachement : .....

**Les raisons médicales évoquées concernent :**

☐ l'intéressé(e)      ☐ Son ou ses enfants      ☐ son conjoint

**Nombre d'enfants à charge et âge :** .....

**Profession du conjoint et lieu d'exercice :** .....

**VŒUX formulé au MOUVEMENT INTER ACADEMIQUE 2025 sur SIAM I-prof :**

1.....	12.....	23.....
2.....	13.....	24.....
3.....	14.....	25.....
4.....	15.....	26.....
5.....	16.....	27.....
6.....	17.....	28.....
7.....	18.....	29.....
8.....	19.....	30.....
9.....	20.....	31.....
10.....	21.....	
11.....	22.....	

**DATE et SIGNATURE de l'intéressé(e)**