

Annexe 1

DEMANDE D'AMÉNAGEMENT DES MISSIONS RELATIVES AUX EXAMENS ET CONCOURS

**Pour raisons de santé
(Ne concerne pas les bénéficiaires d'un poste adapté)**

Nom et Prénom

Date de naissance

Grade

Discipline

Adresse personnelle

Téléphone

Etab. d'affectation 2025-2026

Ville

➤ Exercez-vous à titre définitif (TPD) ou provisoire (PRO) dans cet établissement ? ☐ TPD ☐ PRO

➤ Effectuez-vous un complément de service ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, nombre d'heures

Etab

Ville

Ou Zone de remplacement 2025-2026

Etab. de rattachement

Ville

➤ Êtes-vous titulaire d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) :

☐ OUI (Copie de la décision d'octroi à déposer dans COLIBRIS) ☐ NON

☐ Demande en cours Date du dépôt de la demande

➤ Quelle demande d'aménagement des missions relatives aux examens et concours sollicitez-vous ? (surveillance, interrogation orale, correction écrite et / ou évaluation d'épreuve pratique)

➤ Observations :

Date :

Signature :

Avis du chef d'établissement sur la demande
(cachet et signature obligatoires)