Dossier de demande

d’aménagements du poste de travail

**IDENTITÉ**

M. Mme

NOM :  Prénom :  NOM DE NAISSANCE :

Date de naissance :

Adresse personnelle :       Code postal :       Commune :

Téléphone fixe :       Téléphone portable :

Adresse courriel académique :       **(veillez à consulter régulièrement votre messagerie professionnelle)**

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

Agent titulaire ou stagiaire de la fonction publique Agent contractuel de droit public en CDI

Agent contractuel de droit public en CDD du       au

Accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH)

Corps/grade **:** Discipline **:**

Établissement ou service :

Adresse :       Commune :

Téléphone :       Courriel :

Vous êtes **:**  en fonctions   en congé ( CLM  CLD  CMO  Autre à préciser       )

Vous exercez vos fonctions :  à temps complet à temps partiel (précisez la quotité :      )  à temps partiel thérapeutique

**CATÉGORIE DE BÉNÉFICIAIRE**

*Cochez la case correspondante pour indiquer votre catégorie de bénéficiaire et joignez la pièce justificative.*

Travailleur reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10% et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale

Titulaire d’une pension d’invalidité réduisant au moins des deux tiers la capacité de travail ou de gain.

Titulaire de la carte d'invalidité (article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles).

Titulaire de l’allocation adulte handicapé.

Agent reconnu inapte à l’exercice des fonctions par le comité médical ou la commission de réforme.

Agent reconnu apte à l’exercice des fonctions avec restrictions par le comité médical ou la commission de réforme.

Agent en disponibilité d’office pour raisons de santé.

Agent rencontrant des problèmes de santé de nature à réduire sa capacité de travail, n’entrant pas dans les catégories ci-dessus (n’ayant pas fait l’objet d’une reconnaissance de travailleur handicapé ni d’un avis du comité médical).

**Précisez la typologie de votre handicap** (ces données resteront strictement confidentielles) :

Visuel  Moteur  Auditif  Maladie chronique invalidante  Autre

**NATURE DE LA DEMANDE**

**Aménagement de l’emploi du temps**

*Cette aide ne peut pas être attribuée aux personnels enseignants du premier degré, les horaires d’entrée et sortie des écoles n’étant pas aménageables.*

Précisez l’aménagement souhaité :

**Accessibilité au poste de travail**

*Préciser ici si vous avez besoin de mesures liées à l’accessibilité au poste de travail (salle de classe fixe, utilisation de l’ascenseur, stationnement …)*

Précisez l’aménagement souhaité :

**Restrictions d’activité**

*Préciser si votre pathologie entraîne des restrictions concernant notamment le port de charge, la station debout ou la conduite automobile.*

Précisez l’aménagement souhaité **:**

**Allègement des horaires de travail (personnels enseignants)**

Bénéficiez-vous déjà d’un allégement de service ?  OUI  NON

Nombre d’heures d’allégement souhaité (**enseignant du second degré**) :

2 heures  3 heures  4 heures  5 heures  6 heures

Nombre de demi-journées d’allégement souhaité (**enseignant du premier degré**)

1 demi-journée  2 demi-journées

Bénéficiez-vous actuellement d’un temps partiel thérapeutique :

OUI de quelle quotité :        NON

**Allégement sur poste adapté**, exprimé en pourcentage :

Complément d’information que vous souhaiteriez apporter concernant votre demande :

**Aménagement de l’environnement de travail**

*Précisez ici si vous avez besoin d’équipements particuliers (mobilier de bureau ergonomique, matériel informatique ou logiciel …), et précisez en quoi ils sont de nature à compenser votre handicap. Seuls les équipements directement en lien avec la compensation du handicap peuvent être financés.*

*Cette prestation est réservée aux seuls agents reconnus travailleurs handicapés. En cas de difficultés à identifier les besoins de compensation, une étude ergonomique de votre poste de travail peut être mise en place.*

Transmettre la présente demande complétée, accompagnée des pièces suivantes :

* Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH)

**Prothèses auditives**

Transmettre la présente demande complétée, accompagnée des pièces suivantes :

* Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH)
* Prescription médicale
* Audiogramme
* Devis de l’audioprothésiste faisant apparaître la part sécurité sociale et mutuelle

Si vous êtes bénéficiaire de la PCH (prestation de compensation du handicap) délivrée par la MDPH pour l’acquisition de vos prothèses, veuillez joindre la notification.

**Autres prothèses et orthèses**

Transmettre la présente demande complétée, accompagnée des pièces suivantes :

• Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH)

• Prescription médicale

• Autres pièces médicales justificatives

• Devis faisant apparaître la part sécurité sociale et mutuelle

Si vous êtes bénéficiaire de la PCH (prestation de compensation du handicap) délivrée par la MDPH pour l’acquisition de l’appareillage, veuillez joindre la notification.

**Transport adapté domicile-travail**

Transmettre la présente demande complétée, accompagnée des pièces suivantes :

* Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH)
* Carte mobilité inclusion
* Prestation de compensation du handicap (PCH aide au transport). La notification de PCH est obligatoire, qu’elle soit positive ou négative. Si vous n’avez pas demandé la PCH aide au transport, vous devez en faire la demande auprès de la MDPH.
* Devis d’un taxi pour la course journalière aller-retour, ou abonnement au service de transport public adapté

Complément d’information que vous souhaiteriez apporter concernant votre demande :

Transmettre la présente demande complétée, accompagnée des pièces suivantes :

* Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) et autres notifications de la MDPH le cas échéant (CMI, AAH …)

**Auxiliaire dans le cadre des actes de la vie professionnelle**

*Cette aide a pour but de compenser des activités professionnelles que l’agent éprouve des difficultés à réaliser en raison de son handicap.*

Précisez le type de tâches pour lesquelles vous demandez une aide humaine et le nombre d’heures hebdomadaires souhaitées :

Transmettre la présente demande complétée, accompagnée des pièces suivantes :

* Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) et autres notifications de la MDPH le cas échéant (CMI, AAH …)

**Auxiliaire dans le cadre des actes quotidiens dans la vie professionnelle**

*L’objectif est de compenser la perte d’autonomie de la personne face aux actes de la vie quotidienne susceptibles d’intervenir dans le cadre professionnels (aide au repas, au port de charges, aux déplacements, etc.).*

Précisez le type d’actes de la vie quotidienne, et le nombre d’heures hebdomadaires pour lesquels vous souhaitez cette aide (dans la limite de 5 heures par jour).

Transmettre la présente demande complétée, accompagnée des pièces suivantes :

* Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) et autres notifications de la MDPH le cas échéant (CMI, AAH …)

**Fauteuil roulant**

Transmettre la présente demande complétée, accompagnée des pièces suivantes :

* Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) et autres notifications de la MDPH le cas échéant (CMI, AAH …)
* Prestation de compensation du handicap (PCH)
* Montants pris en charge par la sécurité sociale et la mutuelle
* Devis du fauteuil

Complément d’information que vous souhaiteriez apporter concernant votre demande :

**Aménagements du véhicule personnel**

*Cette aide peut être accordée sous condition que l’agent soit dans l’obligation d’utiliser son véhicule personnel pour se rendre sur son lieu de travail (pas de possibilité de transport en commun notamment).*

Transmettre la présente demande complétée, accompagnée des pièces suivantes :

* Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) et autres notifications de la MDPH le cas échéant (CMI, AAH …)
* Prestation de compensation du handicap (PCH aide au transport). Cette pièce est obligatoire, que la réponse soit positive ou négative. Si vous n’avez pas demandé la PCH, vous devez en faire la demande auprès de la MDPH.
* Prise en charge de votre mutuelle. Cette pièce est obligatoire, que la réponse soit positive ou négative.
* Devis des aménagements souhaités

Complément d’information que vous souhaiteriez apporter concernant votre demande :

**Interprète en langue des signes, codeur, transcripteur, visio-interprétation en LSF**

Transmettre la présente demande complétée, accompagnée des pièces suivantes :

* Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) et autres notifications de la MDPH le cas échéant (CMI, AAH …)

Complément d’information que vous souhaiteriez apporter concernant votre demande :

**Formation de compensation du handicap**

*Il s’agit de formations destinées à compenser les effets du handicap à destination des agents atteints de handicap sensoriel notamment (formation en langue des signes française, stage de lecture labiale …)*

Transmettre la présente demande complétée, accompagnée des pièces suivantes :

* Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) et autres notifications de la MDPH le cas échéant (CMI, AAH …)
* Devis et calendrier de la formation

Complément d’information que vous souhaiteriez apporter concernant votre demande :

**Formation de reconversion professionnelle ou bilan de compétences**

*Les crédits handicap peuvent financer une formation de reconversion professionnelle ou un bilan de compétences, sous certaines conditions :*

*L’agent doit être reconnu inapte à ses fonctions par le comité médical, ou présenter un risque d’inaptitude attesté par le médecin du travail.*

*La reconversion professionnelle doit s’inscrire dans le cadre de l’une des trois fonctions publiques.*

*Pour faire une demande, veuillez contacter la correspondante handicap académique.*

Fait à :       Le :

Signature du demandeur :

**Avis circonstancié du supérieur hiérarchique (obligatoire pour toutes les demandes concernant les aménagements d’emploi du temps, les allégements de service, les problèmes d’accessibilité, les équipements, les aides humaines) :**

Préciser si les aménagements demandés recueillent un avis favorable sans réserve ou bien si certains d’entre eux risquent de poser des difficultés de mise en œuvre. Dans ce dernier cas, indiquer les motifs et les solutions alternatives proposées. Dans le cas où l’agent demande des mobiliers et équipements informatique et bureautiques, merci d’indiquer si certains d’entre eux sont déjà existants et peuvent être mis à disposition de l’agent par l’établissement (notamment vidéoprojecteurs, TBI, tableaux numériques, ordinateurs, imprimantes, etc.)

Fait à :       Le :       courriel du signataire :

Téléphone du signataire :

Signature :

**TRANSMISSION DU DOSSIER**

Le formulaire complété, ainsi que les pièces justificatives demandées, seront transmis au correspondant handicap académique après avis du chef d’établissement ou de service :

[correspondant-handicap@ac-normandie.fr](mailto:correspondant-handicap@ac-normandie.fr)

Afin de faciliter le traitement de la demande, il est demandé de **privilégier l’envoi par courriel** à l’adresse ci-dessus.

**Toutes les demandes doivent être accompagnées des pièces médicales destinées à l’étude du dossier par le service médical, sauf si elles ont déjà été transmises à ce service dans le cadre d’une précédente demande.** Les pièces médicales peuvent être envoyées également par courriel. Elles seront conservées uniquement au niveau du correspondant handicap et du service de médecine de prévention, et ne seront en aucun cas transférées à un autre service. En cas d’impossibilité d’envoi par courriel ou si l’agent préfère adresser ses documents médicaux sous pli fermé, l’adresse postale est la suivante : Correspondant handicap, rectorat de l’académie de Normandie, 168 rue Caponière, B.P. 46184, 14061 Caen cedex.

**Le dossier sera ensuite transmis par le correspondant handicap au service médical compétent, qui prendra, le cas échéant, contact avec le demandeur pour un rendez-vous.**

Le service médical émettra un avis ou des préconisations, qui seront transmises au service compétent pour la mise en œuvre des mesures d’aménagement prescrites.

**Veuillez relever régulièrement votre boîte courriel académique**. Celle-ci doit être utilisée pour toute correspondance avec les services académiques.

**Veuillez dans vos correspondances indiquer votre corps, votre fonction et votre affectation**, afin de faciliter la recherche de votre dossier.

**Veuillez respecter, dans votre propre intérêt, le calendrier de dépôt des demandes ci-dessous**. En effet, une demande trop tardive pourrait ne pas pouvoir être traitée dans de bonnes conditions. Les demandes d’allégement de service et d’aménagement d’emploi du temps notamment doivent pouvoir être traitées et les décisions communiquées aux chefs d’établissement et aux services compétents en temps utiles pour être intégrées à la préparation de la rentrée suivante.

**CALENDRIER DE DÉPÔT DES DEMANDES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aménagement de l’emploi du temps, de l’accessibilité, restrictions d’activité** | **Jusqu’à la veille des vacances de printemps de l’année scolaire en cours** pour la rentrée suivante. |
| **Allégement de service** | **Jusqu’à la veille des vacances de février de l’année scolaire en cours** pour mise en place à la rentrée scolaire suivante. |
| **Aides humaines** | **Au plus tard à la fin du mois d’avril de l’année en cours pour la rentrée scolaire suivante.** |
| **Autres aménagements du poste de travail** | À tout moment |
|  |  |