

ANNEXE 2

Formulaire de Déclaration 2018-2019
Accompagnement des personnes en situation de handicap -
Attention : ce formulaire n'est pas un formulaire de demande d'aménagement du poste de travail

Les informations portées dans ce document resteront strictement confidentielles. Veuillez y joindre une pièce justificative précisant votre qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi. Pour plus d'information sur les dispositifs, vous pouvez cliquer sur les liens correspondants

Vos coordonnées :

M. (Mme) NOM Prénom : Date de Naissance : Tél :
 Adresse établissement ou service : Code postal : Commune : Courriel :
 Corps : Titulaire Non titulaire

Besoin exprimé

aménagement du poste de travail cliquez ici: [Fiche 1- aménagement du poste de travail- campagne académique BOE 2018-2019 Formulaire de demande d'aménagement du poste de travail](#)

priorité pour les mutations cliquez ici: [Fiche 2- priorités pour les mutations au titre du handicap- campagne académique BOE 2018-2019](#)

temps partiel de droit cliquez ici: [Fiche 3- le temps partiel de droit au titre du handicap- campagne académique BOE 2018-2019](#)

prise en compte du handicap dans le dossier de retraite (sous certaines conditions) cliquez ici : [Fiche 4 - la retraite anticipée au titre du handicap- campagne académique BOE 2018-2019](#)

bonification des chèques vacances cliquez ici : [Fiche 5- la bonification chèques vacances au titre du handicap- campagne académique BOE 2018-2019](#)

autres besoins (préciser).....

*Cochez la case correspondante pour indiquer votre catégorie de bénéficiaire et joignez, **une pièce justificative** (copie d'une carte d'invalidité, par exemple).*

Handicap reconnu

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

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

titulaire de l'allocation aux adultes handicapés

Pension d'invalidité

titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain

invalide de guerre titulaire d'une pension militaire d'invalidité au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

Agent reclassé suite à une inaptitude aux fonctions reconnue par le comité médical

agent reclassé par détachement

agent bénéficiant d'un changement d'emploi au sein de son corps ou cadre d'emploi

Allocation/rente accident du travail, maladie professionnelle

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 obligatoire

titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91- 1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service

agent bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité

Bénéficiaire des emplois réservés au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (articles L 394, L 395 et L 396 de ce code)

Autres (préciser) :

Merci de bien vouloir retourner ce formulaire, dans les meilleurs délais, à l'attention de Monsieur Mickaël BUFFARD, Correspondant Handicap académique par courriel : correspondant-handicap@ac-lille.fr ou par courrier à l'adresse suivante : Rectorat de l'académie de Lille- Direction des Ressources Humaines- 20 rue Saint-Jacques 59033 Lille Cedex