

**. Secrétariat : ☎ 05 36 25 83 63**

. Tous personnels exerçant dans le département de l'Aveyron (12)

. Enseignants 1<sup>er</sup> degré et personnels non-enseignants exerçant dans le département de la Haute-Garonne (31)

. Tous personnels exerçant dans les départements du Lot (46), du Tarn (81) et du Tarn-et-Garonne (82)

**. Secrétariat : ☎ 05 36 25 70 34**

. Tous personnels exerçant dans le département de l'Ariège (09)

. Enseignants du 2<sup>ème</sup> degré exerçant dans le département de la Haute-Garonne (31)

. Tous personnels exerçant dans les départements du Gers (32) et des Hautes-Pyrénées (65)

**. Le service de médecine de prévention ne gère pas les demandes ci-dessous :**

**Vous devez vous adresser directement à votre service gestionnaire - Ne compléter pas ce formulaire**

. Une mutation ou une mobilité (personnels enseignants)

. Un allègement de service

. Un temps partiel pour raison de santé, CMO, CLM, CLD, accidents de service, maladies professionnelles

. Un poste adapté de courte ou de longue durée (PACD / PALD)

❖ Ce document peut être complété directement informatiquement

**1 - Avez-vous déjà été reçu-e- par un médecin du travail de l'académie de Toulouse ?**

Oui	<input type="checkbox"/>	En quelle année		Jamais	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----------------	--	--------	--------------------------

. Votre nom de naissance					
. Votre nom d'usage / marital					
. Votre prénom					
. Votre date de naissance					

. Votre téléphone portable (facultatif mais recommandé)					
. Votre mail professionnel					
. Votre mail personnel (facultatif)					
. Votre ville d'habitation					

**2 - Votre fonction actuelle . . .**

. Personnel administratif	<input type="checkbox"/>		. Enseignant 1er degré	<input type="checkbox"/>	
. Personnel de direction	<input type="checkbox"/>		. Enseignant 2e degré	<input type="checkbox"/>	
. A.E.S.H.	<input type="checkbox"/>		. Prof. Documentaliste	<input type="checkbox"/>	
. Autre (à préciser) . . . . .					

. Votre statut : (titulaire, stagiaire, contractuel ...)					
. Pour les personnels <b>non-enseignants</b> indiquer votre corps (ADJAENES, SAENES, ITRF ...)					
. Enseignants <b>2<sup>e</sup> degré</b> : discipline enseignée					
. Enseignants <b>2<sup>e</sup> degré</b> : corps d'appartenance : (agrégé, certifié, PLP ...)					

### 3 - Votre affectation principale actuelle ...

(Pour les personnels TZR, indiquer votre établissement de rattachement)

. Etablissement principal <input type="checkbox"/>		. Etablissement de rattachement <input type="checkbox"/>	
. Nom de l'établissement (précisez école, collège, lycée ...)			
. Ville et département de l'établissement			
. Identifiant de l'établissement - ( <i>obligatoire</i> ) - (7 chiffres + 1 lettre)			
. Enseignants : nom/ prénom de votre inspecteur(trice) - ( <i>Obligatoire</i> )			
. Mail de votre inspecteur(trice) - ( <i>Obligatoire</i> )			
. Statut de l'établissement	. Public <input type="checkbox"/>	. Privé <input type="checkbox"/>	

### 4 - Autre affectation éventuelle actuelle ...

. Nom de l'établissement (précisez école, collège, lycée ...)			
. Ville et département de l'établissement			
. Identifiant de l'établissement ( <i>obligatoire</i> ) - (7 chiffres + 1 lettre)			
. Statut de l'établissement	. Public <input type="checkbox"/>	. Privé <input type="checkbox"/>	

### 5 - Avez-vous la Reconnaissance de Travailleur Handicapé - RQTH ?...

. Oui <input type="checkbox"/>	. Renouvellement en cours <input type="checkbox"/>	. 1 <sup>ère</sup> demande déposée à la MDPH <input type="checkbox"/>	. Non <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--	---	--------------------------------

### 6 - Etes-vous à ce jour en arrêt de travail ?...

. Oui <input type="checkbox"/>	. Non <input type="checkbox"/>	Quel est le congé maladie octroyé ?	CMO <input type="checkbox"/>	CLM <input type="checkbox"/>	CLD <input type="checkbox"/>
. Date de début et de fin du congé maladie :					

### 7 - Motif de la demande (3/4 lignes maximum) ...

Si votre demande concerne une adaptation (aménagement) de votre poste de travail (Organisationnelle ou matérielle)			. 1 <sup>ère</sup> demande .....	<input type="checkbox"/>
			. Renouvellement .....	<input type="checkbox"/>

Joindre tous documents médicaux récents que vous jugerez utiles à l'étude de votre demande  
Adresse mail dédiée uniquement au service de médecine de prévention (confidentialité assurée)  
[medecine-de-prevention@ac-toulouse.fr](mailto:medecine-de-prevention@ac-toulouse.fr)

Date de la demande

--	--	--	--