

| | |
|-----------|---|
| Démarche | : DEMANDE D'AMENAGEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL |
| Organisme | : Académie de Normandie, Direction des relations et des ressources humaines |

Identité du demandeur

| | |
|----------|----------------------|
| Email | <input type="text"/> |
| Civilité | <input type="text"/> |
| Nom | <input type="text"/> |
| Prénom | <input type="text"/> |

Formulaire

Les aménagements du poste de travail doivent permettre à l'agent en situation de handicap, ou rencontrant des difficultés de santé invalidantes, d'être maintenu dans son emploi.

Attention : la présente démarche ne concerne pas les demandes de temps partiel au titre du handicap, les demandes de temps partiel thérapeutique, les demandes de mutation prioritaire au titre du handicap, et les demandes de télétravail pour raisons de santé, qui doivent être présentées selon les modalités indiquées dans les circulaires académiques dédiées à ces sujets.

NOM D'USAGE

Date de naissance

Adresse électronique académique (obligatoire)

Merci de ne pas saisir votre adresse personnelle dans ce champs. Il s'agit de l'adresse au format prenom.nom@ac-normandie.fr

Numéro de téléphone

Adresse

DEMANDE D'AMENAGEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL

Situation professionnelle

Corps

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Certifié

PLP

Agrégé

PE

CPE

ADJAENES

SAENES

AAE

INFENES

ASS

AESH

PSYEN EDO

PSYEN EDA

CONTRACTUEL ENSEIGNANT

CONTRACTUEL ATSS

PERSONNEL DE DIRECTION

IEN

ATRF

PROFESSEUR DE SPORT (Jeunesse et sports)

CONSEILLER TECHNIQUE ET PEDAGOGIQUE SUPERIEUR

CONSEILLER D'EDUCATION POPULAIRE ET DE JEUNESSE

INSPECTEUR DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Discipline

Modalité d'affectation

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Titulaire d'un poste fixe

Titulaire en zone de remplacement

Stagiaire

Affectation

Etablissement public ou privé

DEMANDE D'AMENAGEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Public

Privé

Dénomination de l'établissement ou du service

Adresse électronique de l'établissement

Merci de renseigner l'adresse exacte de l'établissement. A défaut, la demande d'avis ne parviendra pas à votre chef d'établissement.

Les adresses mél des établissements sont au format ce.0760099z@ac-normandie.fr

Commune de l'établissement ou du service

Département de l'établissement ou du service

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

14

27

50

61

76

Votre poste comporte t-il un complément de service

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Etablissement dans lequel vous donnez le complément de service

Commune de l'établissement secondaire

Circonscription du premier degré

Adresse électronique de la circonscription du premier degré

Merci de renseigner l'adresse mél exacte de votre circonscription du premier degré au format dsden76-ien-nomcirco@ac-normandie.fr

A défaut votre IEN ne pourra pas porter son avis sur votre dossier.

Dénomination du PIAL

Adresse électronique du coordonnateur de PIAL

DEMANDE D'AMENAGEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL

Modalités de service

Modalités de service

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Temps complet
- Temps partiel
- Temps partiel thérapeutique
- Bénéficiaire d'un allégement de service
- En CLM
- En CLD
- En CMO depuis un mois ou plus
- En CITIS

Quotité de temps partiel

Nombre d'heures d'allégement de service

Renseignement concernant le handicap

Catégorie de bénéficiaire de l'obligation d'emploi

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Travailleur reconnu handicapé
- Titulaire de la CMI invalidité
- Titulaire de la CMI stationnement
- Titulaire de la CMI priorité
- Titulaire de l'AAH
- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10%
- Agent reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions par le comité médical
- Agent rencontrant des problèmes de santé de nature à réduire sa capacité de travail, n'entrant pas dans les catégories précédentes
- Handicap d'un enfant

Typologie du handicap

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Maladie chronique invalidante
- Auditif
- Moteur
- Visuel
-

DEMANDE D'AMENAGEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL

Restrictions d'activités

Précisez les restrictions d'activités liées à votre pathologie ou à votre handicap

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Station debout pénible

Station assise prolongée pénible

Difficultés à marcher ou monter des escaliers

Conduite automobile restreinte

Port de charges difficile

Autre à préciser

Autres difficultés rencontrées

Aménagements souhaités

Aménagement de l'emploi du temps

Demandez-vous un aménagement de votre emploi du temps

Cochez la mention applicable

Oui

Non

S'agit-il d'une première demande ou d'un renouvellement?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Première demande

Renouvellement

Motifs de votre demande

Veuillez préciser les motifs pour lesquels vous demandez un aménagement d'emploi du temps : (soins médicaux ou paramédicaux réguliers, nécessité de temps de repos, ...)

Aménagements d'emploi du temps souhaités

Précisez ici l'aménagement d'emploi du temps souhaité. L'aménagement doit être raisonnable et réalisable par l'établissement. Un échange préalable avec la direction est conseillé.

DEMANDE D'AMENAGEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL

Accessibilité au poste de travail

Avez-vous besoin d'un accès facilité à votre poste de travail

Précisez ici si vous avez besoins de mesures facilitant l'accès à votre poste de travail (salle de classe fixe, en RDC ou accessible par ascenseur, stationnement, ...)

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Aménagements d'accessibilité demandés

Veuillez indiquer ici vos souhaits :

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Salle de classe fixe

Local de travail en RDC ou accessible par ascenseur

Place de stationnement réservée

Lieu(x) de travail accessible(s) en terme de distance ou de temps de trajet

Absence d'affectations multiples

Autre à préciser

Précisions concernant la demande :

Aménagement de l'environnement de travail

Demandez-vous des aménagements matériels de votre environnement de travail?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Type de matériel souhaité

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Mobilier ergonomique

Matériel informatique/bureautique

Logiciels spécifiques

Matériels destinés à compenser un déficit visuel

Autre

Précisions concernant la demande de matériel

Précisez ici les matériels ergonomiques souhaités. En cas de difficultés à identifier les besoins de compensation, veuillez prendre contact avec la correspondante handicap.

DEMANDE D'AMENAGEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL

Prothèses auditives

Nécessitez-vous l'acquisition ou le renouvellement de prothèses auditives?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

S'agit-il d'un premier appareillage ou d'un renouvellement?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Premier appareillage

Renouvellement

Quelle est l'année de votre premier appareillage?

Transport adapté domicile - travail

Votre situation nécessite t-elle un transport entre votre domicile et votre lieu de travail?

Cette aide est accordée pour favoriser le transport sur leur lieu de travail des agents ayant une déficience significative et persistante limitant l'accomplissement des activités normales, notamment sur le plan de la mobilité, ne permettant pas l'utilisation des transports en commun. Le montant maximum pris en charge par le FIPHFP, déduction faite des autres, financements est de 52,63 euros par jour.

Cochez la mention applicable

Oui

Non

S'agit-il d'une première demande ou d'un renouvellement?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Première demande

Renouvellement

Actuellement, comment vous rendez-vous à votre travail?

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Véhicule personnel

Transports en commun

Covoiturage

Transport par un proche

Auxiliaire pour les actes de la vie professionnelle

Demandez-vous un APSH (auxiliaire pour les personnels en situation de handicap)

Cochez la mention applicable

Oui

Non

S'agit-il d'une première demande ou d'un renouvellement?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

DEMANDE D'AMENAGEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL

Renouvellement

Actes de la vie professionnelle nécessitant une aide

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Déplacements au sein du lieu de travail

Rangement, classement, ou autre manipulation de matériels

Surveillance et sécurité des élèves

Encadrement de travaux de groupe

Autre à préciser

Précisions concernant l'aide humaine

Nombre hebdomadaire d'heures d'accompagnement souhaité

Informations complémentaires concernant votre demande d'APSH (facultatif)

Interprète en langue des signes française (LSF)

Votre situation nécessite t-elle un interprète en LSF?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

S'agit-il d'une première demande ou d'un renouvellement?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Première demande

Renouvellement

Formation de compensation du handicap

Nécessitez vous une formation de compensation du handicap

Les formations de compensation du handicap ont pour objectif l'apprentissage de techniques alternatives de communication notamment. Par exemple stage de lecture labiale, formation en LSF ...

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Formation de compensation souhaitée

Indiquez l'intitulé de la formation

DEMANDE D'AMENAGEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL

Pièces justificatives

Pièces à joindre

Nous vous remercions de ne pas joindre de pièces que vous avez précédemment adressées à la correspondante handicap académique.

Par ailleurs, cette démarche en ligne n'est pas destinée à recevoir de documents médicaux. Veuillez adresser ces derniers directement au service médical, ou les apporter lors d'un rendez-vous avec ce service.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Pièces justificatives de la situation de handicap

Veuillez joindre le ou les titres délivrés par la MDPH : RQTH, CMI, AAH (toutes les pages avec les signatures).

Si vous avez déjà fourni ces pièces lors d'une demande précédente, veuillez ne pas les joindre de nouveau.

Cette démarche en ligne n'est pas destinée à transmettre des documents médicaux. Ces derniers doivent être adressés directement au service médical, ou remis en main propre lors d'un rendez-vous.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Devis

Pour une demande d'aide au financement de prothèses auditives, autres prothèses ou orthèses, de transport domicile-travail, de financement de formation de compensation, veuillez joindre le devis.

Pour les prothèses auditives : devis normalisé établi par l'audioprothésiste et faisant apparaître la part sécurité sociale et mutuelle.

Pour les transports domicile travail : devis à la course aller-retour établi par un taxi, ou abonnement de transport.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Prescription médicale des aides auditives

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Audiogramme

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Prestation de compensation du handicap (PCH)

Vous devez obligatoirement fournir la notification de PCH (accord ou refus), si vous demandez le financement du transport domicile-travail.

CONTRAT DE TRAVAIL

Veuillez joindre une copie de votre contrat de travail ou avenant attestant que vous êtes en poste au moment de la demande pour une durée d'au moins un an.