



Descriptif du poste de travail et des missions - Aménagement(s) sollicité(s)

**I - SITUATION PERSONNELLE**

Nom : .....

Prénom : .....

Numen : .....

Date de naissance : 




Adresse personnelle : .....

N° téléphone domicile






N° téléphone portable

Courriel : .....

**II – SITUATION ADMINISTRATIVE**

Corps/grade ① : .....

Échelon : .....

Spécialité ou discipline :  
.....  
.....

Département de rattachement administratif : .....

Ancienneté générale des services à la date de la demande : .....

Date de titularisation 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

① AGRÉGÉ, CERTIFIÉ, PLP, P.EPS, PE...

**Poste occupé (nom, adresse et téléphone de l'établissement) :**

.....







Depuis quelle date occupez-vous ce poste ? 




Occupez-vous ce poste à temps partiel de droit ?  OUI  NON

Occupez-vous ce poste à temps partiel thérapeutique ?  OUI  NON

(Si oui, précisez la quotité) : ..... %

Êtes-vous en congé actuellement ?  OUI  NON

Si oui, nature de ce congé :  
.....  
.....

Êtes-vous reconnu travailleur handicapé ?  OUI  NON

**Si OUI, fournir une copie du titre en cours de validité**

### III – PRÉSENTATION DU SERVICE

Nom du service :

Missions du service :

Liaisons hiérarchiques (N+1, équipe à encadrer...) :

Liaisons fonctionnelles (interne ou externe) :

### IV – DESCRIPTION ET MISSIONS DU POSTE

Missions, activités et tâches du poste :

(Définir le temps alloué pour chaque mission en %)

Intérêts, contraintes et difficultés du poste :

Conditions de travail (télétravail, travail en équipe, EDT, salle...):

Équipements à disposition :	
Aménagements mis en place	

Je demande que ce document accompagné de la copie de mon titre BOE soient transmis à la correspondante handicap académique lors de la communication des besoins prescrits par la médecine de prévention.

oui       non

**Aménagement(s) sollicité(s) :**

A ....., le ..... Signature de l'agent

**Cadre réservé au chef de service**

A....., le ..... Signature du chef de service