FICHE DE MUTATION SAENES 2019

Mouvement académique

**RÉSERVÉE AUX ADHÉRENTS**, à envoyer au coordonnateur académique dont vous trouverez les coordonnées sur notre site : <http://bit.ly/coordo_acad>

**SITUATION FAMILIALE** marié(e) ou assimilé(e), pacsé(e) [ ]  célibataire [ ]

**FONCTION EXERCÉES (à renseigner)**

**ÉLÉMENTS POUR LE CALCUL DE VOTRE BARÈME** **au 01.09.2019**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Depuis le** | **Rempli par****A&I UNSA** |
| Ancienneté de corps : |       |       |
| Congé parental : |       |       |
| Conjoints séparés : |       |       |
| Ancienneté de poste : |       |       |
| Disponibilité pour suivre le conjoint : |       |       |
| Nombre d’enfants à charge : |       |       |
| Services relevant de l’éducation prioritaire : |       |       |
|  | **Total** |       |

**Priorité article 60 de la loi 84-16 du 11.01.1984** : oui [ ]  non [ ]

Priorités légales : Handicap oui [ ]  non [ ]

 Rapprochement de conjoint oui [ ]  non [ ]

 Exercice zone sensible depuis 5 ans oui [ ]  non [ ]

 CIMM oui [ ]  non [ ]

Nom, prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Grade :

Établissement :

Académie :

Adresse lieu d’exercice :

Adresse personnelle :

Téléphone professionnel **:**

Téléphone domicile ou portable :

Adresse courriel :

**POSTES SOUHAITÉS** :

1.

2.

3.

4.

5.

6.

**NE PAS OMETTRE DE REMPLIR LES RUBRIQUES AU VERSO TSVP**

**MOTIF DE LA DEMANDE DE MUTATION**

(Ces deux rubriques resteront confidentielles si la demande en est faite. Elles sont les éléments de base de votre défense !)

**RAPPROCHEMENT DE CONJOINTS**

Nom, prénom du conjoint :

Lieu d’exercice (*précisez la commune et le département)*

Le conjoint a-t-il demandé un rapprochement ? oui [ ]  non [ ]

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

Il est inutile d’indiquer ici la notion de convenances personnelles si elle n’est pas explicitée ; donnez ci-dessous tous les arguments, même confidentiels, pour permettre à vos représentants de mieux vous défendre.

Demande de priorité médicale oui [ ]  non [ ]

Demande de priorité sociale oui [ ]  non [ ]

Visite de la médecine de prévention oui [ ]  non [ ]

**ARGUMENTAIRE**