

FICHE DE MUTATION SAENES 2018

Mouvement inter académique

RÉSERVÉE AUX ADHÉRENTS, à envoyer à : A&I / Mutations SAENES - Tour Essor – 14 rue Scandicci – 93500 PANTIN

SITUATION DE FAMILLE marié(e) ou assimilé(e), pacsé(e) célibataire

FONCTION EXERCÉES (à renseigner).....

.....

.....

.....

ÉLÉMENTS POUR LE CALCUL DE VOTRE BARÈME au 01.09.2018

	depuis le	rempli par A&I-UNSA
Ancienneté de corps :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Congé parental :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conjoints séparés :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ancienneté de poste :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Disponibilité pour suivre le conjoint :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre d'enfants à charge :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Services relevant de l'éducation prioritaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 :

Académie :

Établissement :

Adresse lieu d'exercice :

.....

Adresse personnelle

.....

Téléphone professionnel :.....

Téléphone domicile ou portable :

Adresse courriel :

ACADÉMIES ET 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....