



RÉGION ACADÉMIQUE
NORMANDIE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION

RECTORAT – DRRH
Téléphone : 02 32 08 92 60

Demande d'occupation à titre thérapeutique

En référence à la circulaire n° 2007-106 du 9 mai 2007 - §I.B relative au dispositif d'accompagnement des personnels d'enseignement, d'éducation et d'orientation confrontés à des difficultés de santé

Notice explicative en ligne sur le site académique à consulter avant de renseigner l'imprimé

*Chemin : Rubriques « Personnels et recrutement,
Personnels enseignants,
Gestion des ressources humaines,
Demande d'occupation à titre thérapeutique »*

Mme M. NOM : Prénom :
Date de naissance : Grade : Discipline :
Établissement d'exercice :
Adresse personnelle :
Ville : Code postal :
Tél. fixe : Mobile : Courriel :

- Êtes-vous titulaire de la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) ? oui non
(Réponse facultative)
Si oui, date début : date fin : (Joindre la copie)
Avez-vous une demande en cours d'instruction auprès de la MDPH ? oui non
(Maison Départementale des Personnes Handicapées)

- Situation actuelle :
CLM du au ou CLD du au
A CHAQUE PROLONGATION DU CLM OU CLD ACCORDEE PAR LE COMITE MEDICAL DEPARTEMENTAL, UNE COPIE DE L'ARRETE DE PROLONGATION DEVRA ETRE OBLIGATOIREMENT ENVOYEE A LA DRRH POUR PERMETTRE LA PROLONGATION DE L'OCCUPATION THERAPEUTIQUE.
• Occupation initiée par : L'agent La direction des ressources humaines Le corps d'inspection
Le supérieur hiérarchique L'assistante sociale des personnels
La Conseillère Mobilité Carrière Le médecin de prévention
• Objectif(s) de l'occupation à titre thérapeutique :
Retour progressif aux fonctions d'origine Reconversion professionnelle
Projet :
.....
Le : Signature de l'agent :

NOM de l'agent :

Nom de la structure d'accueil :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

Nom du responsable :

• Nature des activités confiées à l'agent :

↳ Les tâches confiées impliquent-elles un travail avec des élèves ? oui non

• Période concernée : du au

Emploi du temps (*Indiquez les horaires / Rappel : cette activité ne peut excéder un mi-temps soit 2,5 jours/semaine*)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

• Suivi assuré par : Fonction :

Le :

Signature et cachet du responsable de la structure d'accueil pour le 2nd degré,
de l'IEN de la circonscription où se déroulera l'OT pour le 1^{er} degré

Cadre réservé à l'administration

Avis du médecin de prévention :

Le : Signature et cachet du médecin de prévention :

Avis de la direction des ressources humaines : FAVORABLE DEFAVORABLE

OT du au

Observations :

Le : Signature et cachet de la DRH :