



Bureau DRHVE Actes collectifs
Affaire suivie par : Hélène MAZIERES
Tél : 05.53.02.84.85
Mél : helene.mazieres@ac-bordeaux.fr

A compléter et à renvoyer avec les pièces justificatives par la voie hiérarchique avant le

Mercredi 5 mai 2021

DEMANDE D'INTÉGRATION DANS LE DÉPARTEMENT DE LA DORDOGNE		
POUR RAPPROCHEMENT DE CONJOINT :	OUI	NON
POUR RAPPROCHEMENT DE LA RÉSIDENCE DE L'ENFANT :	OUI	NON
DEMANDE AU TITRE DU HANDICAP :	OUI	NON

NOM : NOM PATRONYMIQUE :

PRÉNOMS :

NUMEN :

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

DATE DE NAISSANCE :

--	--	--	--

 LIEU DE NAISSANCE :

SITUATION DE FAMILLE : CÉLIBATAIRE CONCUBINAGE PACSE (E)
 MARIE (E) DIVORCE (E) VEUF (VE)

ADRESSE ACTUELLE :

ADRESSE ELECTRONIQUE..... TELEPHONE PORTABLE.....

NOMBRE D'ENFANT(S) A CHARGE (- de 18 ans au 01/09/2021) :

--

DATE(S) DE NAISSANCE DES ENFANTS :

--	--	--	--	--

AVEZ-VOUS PARTICIPE AUX PERMUTATIONS RS 2021-2022 ? OUI NON BAREME.....

RAPPROCHEMENT DE CONJOINT

PROFESSION DU CONJOINT :

LIEU D'EXERCICE :

DURÉE DE LA SÉPARATION : DU AU

SITUATION ADMINISTRATIVE

CORPS : INSTITUTEUR PROFESSEUR DES ÉCOLES

POSITION : (ACTIVITÉ, DISPONIBILITÉ, CONGÉ PARENTAL...)

DEPUIS LE : LIEU D'EXERCICE :

DATE D'INTÉGRATION :

FONCTION EXERCÉE (ADJOINT, DIRECTEUR, SPÉCIALISÉ...) :

ANCIENNETÉ GÉNÉRALE DE SERVICE AU 01/09/2021 :

--	--	--

ÉCHELON AU 31/12/2020 :

--	--	--

 DERNIÈRE NOTE : DATE :

--	--	--

TITRES PROFESSIONNELS

DIPLOME D'INSTITUTEUR DATE D'OBTENTION :
DIPLOME DE PROFESSEUR DES ECOLES DATE D'OBTENTION :
LISTE D'APTITUDE DIRECTEUR D'ECOLE DATE D'OBTENTION :
CAFIPEMF DATE D'OBTENTION :

SPÉCIALISATION A. S. H.

DIPLÔME : DATE D'OBTENTION :

NATURE DU POSTE SOUHAITE

CLASSE ÉLÉMENTAIRE : OUI NON
CLASSE MATERNELLE : OUI NON
ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ : OUI NON
SI OUI PRÉCISER LE TYPE DE POSTE :
DIRECTION ÉLÉMENTAIRE : OUI NON
DIRECTION MATERNELLE : OUI NON

DEPARTEMENTS SOLLICITES

VŒU 1..... VŒU 2.....
VŒU 3..... VŒU 4.....

MODALITE DE SERVICE SOUHAITEES

TEMPS PARTIEL : OUI NON QUOTITE :

VŒUX GÉOGRAPHIQUES

.....
.....
.....

A : LE :

SIGNATURE :

CADRE RESERVE AU DEPARTEMENT D'ORIGINE

Demande d'exeat **Accordée** **Refusée** **Sous réserve**

Barème :

Certifié exact après vérification

A.....le.....

L'inspecteur d'académie