

DSDEN de  
Service  
Affaire suivie par :  
Tél :

Mail :

**DEMANDE INITIALE DE STAGE THERAPEUTIQUE**

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>1.</b>                             | <b>L'agent</b><br>A compléter et transmettre à la DSDEN |
| Nom :                                 |   |
| Nom patronymique :                    |   |
| Prénom :                              |   |
| Date de naissance : ...../...../..... |   |
| Grade :                               |   |
| Affectation<br>Etablissement :        |   |
| Commune :                             |   |
| Adresse de l'agent :                  |   |
| Code postal :                         |   |
| Commune :                             |   |
| Téléphone :                           |   |
| Mél :                                 |   |
| Mél : @ac-bordeaux.fr                 |   |
| CLM                                   | Dates   |
| CLD                                   |   |
| CMO                                   |   |
| Signature de l'agent :                |   |
| Date :                                |   |

|  |   |
|--|---|
| <b>2.</b>  | <b>Le médecin du travail</b><br>A compléter et transmettre à la DSDEN |
| Docteur :  |   |
| Agent contacté le :  |   |
| Objectif et projet :<br><input type="radio"/> Temps partiel pour raison thérapeutique<br><input type="radio"/> Affectation sur poste adapté<br><input type="radio"/> Retour à l'activité professionnelle<br><input type="radio"/> Autre (à préciser) : |   |
| <b>L'avis du médecin du travail</b>  |   |
| Période du stage souhaitée :   |   |
| Modalités horaires (sans dépasser 50% des ORS) :   |   |
| Contact avec les élèves :    Oui            Non  |   |
| Activités confiées à l'agent :   |   |
| Cachet et signature du médecin du travail:   |   |
| Date :   |   |

|   |   |
|---|---|
| <b>3.</b>   | <b>Le centre de réadaptation de Bordeaux (CRB)</b><br>A compléter et transmettre à la DSDEN |
| Lieu d'implantation du stage thérapeutique envisagé : | La directrice du CRB : Madame Coralie GODAIN  |
|   | Date, cachet et signature :   |