





**2/ VOUS DEMANDEZ A ETRE MAINTENU DANS LE DISPOSITIF DES POSTES ADAPTES**

- Etablissement d'affectation dans le dispositif poste adapté 2016-2017 :.....  
.....

- Fonctions occupées (joindre obligatoirement la fiche de poste de l'année en cours et la  
fiche d'évaluation de l'année précédente) : .....

2/2

- Durée totale des services dans un emploi de réadaptation et sur un poste adapté au 1er  
septembre 2017 :.....

DUREE DES SERVICES VALIDABLES POUR LA RETRAITE AU 1ER SEPTEMBRE 2016 :.....  
BENEFICE DES DROITS A LA RETRAITE A 57 ANS : OUI NON (2)  
DATE DE DEPART A LA RETRAITE ENVISAGEE :.....

**QUOTITE DE TRAVAIL :**

- (1)  Je demande le temps plein dans le cadre d'un poste adapté
- Je demande le temps partiel dans le cadre d'un poste adapté (préciser la quotité de travail : .....) )
- Je suis en cessation progressive d'activité (préciser la quotité de travail :.....)

Etes-vous reconnu(e) travailleur handicapé? OUI (2) (joindre la reconnaissance de travailleur  
handicapé)

NON (2)

Je certifie, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements figurant sur cette demande.

SIGNATURE : A , le

<p><b>Visa de l'inspecteur d'académie, directeur académique des services départementaux de l'Education nationale (ou de son représentant) :</b></p> <p>Date : SIGNATURE :</p>	<p><b>Date de transmission au comité médical départemental :.....</b></p> <p><b>Séance prévue le :.....</b> .....</p>
--	--

(1) Cocher la ou les cases ou numéroter dans l'ordre de préférence  
(2) Rayer la mention inutile