ACADÉMIE DE RENNES
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
du Morbihan

Formulaire de demande d'examen particulier d'une situation médicale grave

☐ **EXEAT** ☐ **INEAT**

Ce document, dûment complété, doit être envoyé, accompagné de pièces justificatives éventuelles (sous pli confidentiel), à l'adresse suivante :

Docteur **Sylvie FILLEUL**
Médecin des personnels
CMS Lorient
5 place L BONNEAUD
56100 Lorient

Enseignant(e) formulant la demande :

Nom d'usage : ..... **Prénom** : …….....…….....

Date de de naissance.....

Adresse personnelle : ……...

……...

Affectation actuelle : .....…….....

.....

Motif de la demande :

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

Date : Signature de l'intéresse(é) :

Nom : Prénom :

Partie réservée au Médecin des personnels

La situation de l'enseignant(e)

□ Relève d'une priorité médicale

□ Ne relève pas d'une priorité médicale

Observations éventuelles sur l'opportunité de la mutation :
(Amélioration ou non des conditions de vie de l'agent)

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

☐ Avis favorable à une majoration du barème (bonification pour priorité médicale)

☐ Avis non favorable à une majoration du barème

Date : Signature et cachet :