

Discipline : Code discipline :

NOM : Prénom :

Nom de naissance (si différent) Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tel :

e-mail : @

☐ Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Stagiaire en situation

**MOUVEMENT INTRA-ACADÉMIQUE**

MOUVEMENT SPÉCIFIQUE ACADÉMIQUE 

Agrégé  Certifié  P.EPS  PLP  CPE 

AFFECTATION A TITRE DEFINITIF 2016/2017

**En établissement** 

Nom et adresse de l'établissement :

Code établissement :

**Sur une Zone de Remplacement** 

Nom de la ZR :

Nom et adresse de l'établissement dans lequel vous êtes rattaché(e)

administrativement (RAD):

Code établissement :

AFFECTATION NON DEFINITIVE 2016/2017

**ATP en établissement  ATP en ZR  ou Stagiaire** 

(ATP : Affectation à Titre Provisoire)

Nom et adresse de l'établissement :

Code établissement :

Avez-vous déposé un dossier situation médicale et/ou sociale  ?

**DOSSIER MUTATIONS**

**INTRA ACADEMIQUE 2017**

ACADEMIE DE NICE

**Cadre réservé**

**aux Elu-e-s CAPA**

Affectation obtenue :

**Dossier à retourner à : CGT Educ'Action Nice,**

**34 boulevard Jean Jaurès, 06000 NICE.**

***(joindre impérativement la photocopie de l'accusé de réception, signé dans votre établissement, accompagné de toutes***

***les pièces justificatives donnant droit aux bonifications) Mail: eluscapa.nice@ouvaton.org***

* **VOEUX FORMULÉS (Complétez le tableau ci-dessous)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ordre des vœux** | Code vœu  (ETB, COM, GEO,DPT, ZRE..) | Libellé du vœu en clair | Barème | Calcul élu-e-s CAPA | **Ordre des vœux** | Code vœu  (ETB, COM, GEO,DPT, ZRE..) | Libellé du vœu en clair | Barème | Calcul élu-e-s CAPA |
| 1 |  |  |  |  | 11 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | 12 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | 13 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  | 14 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  | 15 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  | 16 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  | 17 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  | 18 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  | 19 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  | 20 |  |  |  |  |

* **SITUATION ADMINISTRATIVE**

- **Position :**

Activité  Disponibilité  Détachement  CNED 

Congé formation  Congé longue maladie  Congé longue durée  Congé maternité

Congé parental  Autre 

Précisez :

**- Si fonctionnaire titulaire hors Education Nationale :**

Ministère, Corps ou Service :

Département d'exercice :

**- Service Education Nationale :**

**TITULAIRE** : Date de titularisation : Echelon au 30/08/2016 :

Ancienneté dans l'affectation définitive

**STAGIAIRE :** Echelon au 01/09/2016 (Voir reclassement) :

* **SITUATION FAMILIALE AU 1er SEPTEMBRE 2016**

Célibataire  Marié-e  PACS  Veuf-ve  Divorcé-e 

Nombre d'enfant(s) à charge de moins de 18 ans et/ou à naître (au 1er janvier 2017) :

Coordonnées de votre conjoint-e :

NOM : Prénom : Nom de naissance :

Adresse (si différente de la votre) :

Profession :

En activité : OUI  NON 

- Dans quel cadre faites-vous votre demande ?

Rapprochement de conjoint  RRE, garde conjointe ou alternée 

Mutation simultanée  Mesure de carte scolaire  Réintégration 

- Si vous avez fait une demande de rapprochement de conjoint,

Nombre d'année(s) de séparation au 01/09/2017 :

SITUATION SYNDICALE Je suis adhérent-e Je ne suis pas adhérent-e Je souhaite adhérer