ACADÉMIE
DE CLERMONT-FERRAND
Liberté
Égalité
Fraternité

Demande de poste adapté pour l'année scolaire 2027– 2028

1er Degré ☐ Département : …….. 2e Degré ☐

PACD

1ère demande ☐ Maintien ☐

PALD

1ère demande ☐ Maintien ☐

NOM :				**Prénom :**		
Nom de jeune fille :				**Date de naissance :**		
N° S.S :				**Lieu de naissance :**		
Célibataire ☐ - Marié(e) ☐ - Vie maritale ☐ - Divorcé(e) ☐ - Veuf(ve) ☐ - Séparé(e) ☐ - Pacsé(e) ☐						
Profession du conjoint :						
Adresse personnelle :						
Adresse courriel :						
N° de téléphone :					**Nombre d'enfants :**	
Enfants à charge	**Age**	**Etudes**	**Age**	**Etudes**	**Age**	**Etudes**
Autres charges de famille :						
Moyen de transport utilisé : Véhicule personnel ☐ - Transport en commun ☐ - Autre :						

Grade :	**Discipline :**
Etablissement d'exercice de l'année en cours :	
Ancienneté de services au 01/09/2026 :	**Échelon actuel :**
Date de nomination dans le poste actuel :	
Date de cessation de service dans le dernier poste occupé :	

Titres et Diplômes	Date d'obtention

Avez-vous exercé une activité professionnelle avant d'entrer à l'Education nationale ? OUI ☐ NON ☐	
Date :	**Activité :**

Avez-vous déjà obtenu un poste adapté de courte durée ? OUI ☐ NON ☐		
Année scolaire	**Etablissement d'exercice**	**Fonction occupée**

Êtes-vous reconnu BOE (bénéficiaire de l'obligation d'emploi)	
Handicap à la suite d'un accident du travail : OUI ☐ NON ☐	
Handicap reconnu par la MDPH : OUI ☐ NON ☐	**Date de la décision :**
Joindre notification de la décision MDPH	**Durée :**

Si vous demandez un poste en maintien :	
Poste adapté actuellement occupé :	
Fonctions assumées	
Horaire hebdomadaire	

PROJET ENVISAGE : motivations, objectifs, poste souhaité…
☐ **Retour à l'emploi** ☐ **Reconversion professionnelle**

Fait à le	**Signature**

PAGE RESERVEE AU SERVICE DE GESTION

Ancienneté de services au 1er septembre de l'année scolaire en cours : …. Ans ….. Mois …. Jours

DUREE DES CONGES OBTENUS (en année, mois, jour)

Nature	Durée	Nature	Durée
Congés maladie durant la dernière année		**Congés longue maladie**	
Congés longue durée		**Disponibilité d'office pour raisons médicales**	
Congés pour accident du travail		**Congés pour convenance personnelle**	
Temps partiel		**mi-temps thérapeutique**	

Situation à la date du Groupe de Travail :

PAGE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION			
AVIS DU GROUPE DE TRAVAIL POSTES ADAPTES DU ……/……../2027			
Avis favorable			☐
Entrée sur un poste adapté de courte durée	☐	Maintien sur un poste adapté de courte durée	☐
PALD	☐	Reclassement	☐
Retour en poste	☐	Retraite	☐
Autre	☐		
Avis défavorable			☐
OBSERVATIONS			