



AVIS MÉDICAL - MOUVEMENT ATSS RENTRÉE 2026

À faire compléter par le médecin de prévention de l'académie et à retourner à la DPA impérativement
avant le 28 avril 2026

Nom usuel : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Union libre

Enfants à charge :

Corps / Grade : Affectation actuelle :

Situation administrative actuelle : En activité Congé parental Disponibilité Autre

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (joindre un justificatif) – loi du 11 février 2005

De l'intéressé(e)

Du conjoint

D'un enfant à charge

Joindre au service médical toutes pièces permettant au professionnel de santé d'examiner votre situation et d'émettre un avis à destination de la DPA.

La prise de contact avec la médecine de prévention de l'académie de Normandie s'effectue via les adresses :

medecin-personnels-caen@ac-normandie.fr / medecin-personnels-rouen@ac-normandie.fr

L'agent formule ses vœux de mobilité afin de permettre au médecin de prévention d'indiquer, dans la seconde partie du document, si une mutation est susceptible d'améliorer son état de santé.

⚠ Les vœux doivent être identiques à ceux mentionnés sur la confirmation de participation au mouvement.

Vœu 1 :	Vœu 4 :
Vœu 2 :	Vœu 5 :
Vœu 3 :	Vœu 6 :

PARTIE RESERVEE AU SERVICE DE MEDECINE DE PREVENTION (MEDECINS ET INFIRMIERS) :

Maladie grave	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
L'état de santé ou le handicap de l'agent, de son conjoint ou de son enfant impose une prise en charge médicale dans un autre lieu que celui de son affectation actuelle, en raison de soins spécifiques nécessaires.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La mutation permettrait des conditions de travail plus adaptées pour l'agent du fait de son handicap ou de sa maladie grave	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Pour chacun des vœux mentionnés par l'agent dans la première partie du document, une mobilité de ce dernier pourrait améliorer sa situation dans la mesure du possible :

Merci de préciser pour quels motifs la mutation est nécessaire :

Vœu n°	OUI	NON	Si vœu prioritaire : cocher la case :
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Avis médical favorable

Avis médical défavorable

Date :

Cachet et signature du médecin de prévention