

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DU POSTE DE TRAVAIL**

**Annexe 1**

**Année scolaire 2024-2025**

Nom :	Nom de jeune fille :
Prénom :	
Date et lieu de naissance :	
Adresse personnelle :	
Code postal :	Ville
Tél. fixe :	Tél portable :
Adresse courriel professionnelle :	.....@ac-reims.fr
Corps :	Discipline ou fonction :
Etablissement d'affectation :	
Avez-vous obtenu la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) ou êtes-vous bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) ?	
<input type="checkbox"/> Oui (joindre une copie du justificatif à votre dossier)	<input type="checkbox"/> Non

**Fiche à retourner accompagnée d'un courrier exposant le contexte médical et professionnel, et d'éléments médicaux récents  
par courriel à l'adresse [ce.das@ac-reims.fr](mailto:ce.das@ac-reims.fr) ou par courrier à :**  
**Rectorat de Reims  
Délégation Académique à la Santé  
Médecin du travail  
1, rue Navier  
51082 REIMS CEDEX**

**Date :**

**Signature de l'agent**