



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

DOSSIER MUTATIONS
INTRA ACADEMIQUE 2017
ACADEMIE DE NICE

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 ?

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 1^{er} 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 1^{er} 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