**ANNEXE 3 : DEMANDE D’OCCUPATION THERAPEUTIQUE**

**DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX**

**DE L’EDUCATION NATIONALE DE LA MANCHE**

12 rue de la Chancellerie – BP442

50002 SAINT-LÔ Cedex

**Enseignants du 1er degré - MANCHE**

□ Mme □ M. Prénom……………………………… Nom………………………………………………..

 Nom de famille[[1]](#footnote-1)……………………………….

Date de naissance…………………………………

Adresse personnelle………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………….

🕾 Fixe………………………🖁 Portable……………………… 🖳 E.mail…………………………………

Corps/Grade/Echelon…………………………………… Fonction…………………………………

Ancienneté de service au 1er/09/2016…………………… ans ….…….……….. mois

Situation de famille ………………………………………. Profession du conjoint …………………………

Enfants à charge (nombre et date de naissance) …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..

**Affectation 2015-2016 :**

………………………………………………..................................................................................................

depuis le ……………………………………

**Situation actuelle :**

* □ Congé de longue maladie (CLM) du……………………au………………………….
* □ Congé de longue durée (CLD) du……………………au………………………….

|  |
| --- |
| Occupation envisagée |

Fait à …………………………………………… Nom et signature de l’intéressé(e)

Le ……………………………………………….

1. Nom de naissance [↑](#footnote-ref-1)