

DEPARTEMENT : VAUCLUSE

**PHASE COMPLEMENTAIRE DU MOUVEMENT INTERDEPARTEMENTAL DES ENSEIGNANTS DU 1^{ER} DEGRE
RENTREE SCOLAIRE 2024**

DEMANDE D'EXEAT- D'INEAT OUVERTE UNIQUEMENT AUX ENSEIGNANTS TITULAIRES

A retourner exclusivement à la direction des services départementaux de votre département actuel
au plus tard le vendredi 5 avril 2024 à l'adresse électronique suivante :

Cadre réservé à
l'administration

Civilité* : Madame - Monsieur

Nom d'usage* : Nom de naissance* :

Prénom* : Date de naissance* :

Courriel professionnel* : Téléphone portable : (Facultatif)

Adresse personnelle* :

Situation familiale* : Marié(e) Pacsé(e) Célibataire/Concubin(e) Divorcé(e)/Séparé(e)

* mentions obligatoires

<p>Département auquel vous êtes rattaché(e) administrativement en qualité de titulaire :</p> <p align="center">Choisissez un élément.</p>	<p>Affectation actuelle :</p> <p>Ecole/établissement :</p> <p>.....</p> <p>Commune :</p>
--	---

Situation administrative actuelle :

en activité en congé de maladie ordinaire en poste adapté

en congé de longue maladie en congé de longue durée. inapte aux fonctions**

autre (détachement, disponibilité etc.) précisez :

** l'incapacité invalide toute demande de mutation (LDGM 25/10/2021)

<p>Département(s) Sollicité(s) :</p> <p>Vœu 1 : Choisissez un élément.</p> <p>Vœu 2 : Choisissez un élément.</p> <p>Vœu 3 : Choisissez un élément.</p>	<p>Vœu impératif : <input type="checkbox"/></p> <p>concerne uniquement l'agent affecté à Mayotte suite à une mutation. Ce vœu assure au candidat un retour dans le département où il exerçait en tant que titulaire avant son arrivée à Mayotte.</p>
---	---

<p>Corps/Grade (cocher la case correspondant à votre situation) :</p> <p><input type="checkbox"/> Instituteur</p> <p><input type="checkbox"/> Professeur des écoles de classe normale</p> <p><input type="checkbox"/> Professeur des écoles hors classe</p> <p><input type="checkbox"/> Professeur des écoles de classe exceptionnelle</p>	<p>Echelon : Echelon acquis au 31/08/2023 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Echelon acquis au 01/09/2023 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Si vous avez changé d'échelon au 01/09, merci de sélectionner la raison de ce changement :</p> <p><input type="checkbox"/> Changement suite à un classement initial ou reclassement suite à un changement de corps/ grade</p> <p><input type="checkbox"/> Changement suite à une promotion d'échelon</p>
---	---

En fonction de votre situation vous devez compléter l'une ou l'autre des deux rubriques ci-dessous :

Situation 1 : Vous avez participé à la phase informatisée sans obtenir de mutation. Si les motifs de votre demande sont inchangés, il convient d'indiquer votre barème validé lors de la phase informatisée.

OUI motif(s) identique(s) - barème validé lors de cette phase 2024 :

Situation 2 (deux cas) : Vous avez participé à la phase informatisée sans obtenir de mutation et vous avez de nouveaux motifs à faire valoir (mutation du conjoint très récente...) ou vous n'avez pas participé à la phase informatisée : il convient de renseigner les éléments ci-dessous. *Pour toutes les rubriques qui vous concernent, joindre systématiquement les justificatifs afférents (voir annexe de la note de service annuelle : https://www.education.gouv.fr/sites/default/files/perso873_annexe_0.pdf).*

OUI mais éléments/motifs nouveaux NON

Motif(s) de la demande au titre de la phase complémentaire (exeat-ineat) 2024 :

Rapprochement de conjoint Autorité parentale conjointe

Handicap CIMM

Convenances personnelles Autre

Situation 2 (suite) :

❖ **Demande au titre du rapprochement de conjoint ou de l'autorité parentale conjointe :**

Rapprochement de conjoint (*situation appréciée au 31/08/2024*)

Autorité parentale conjointe (*Garde partagée/Résidence alternée/Droit de visite et d'hébergement*)

Nombre d'enfant(s) à charge :

(uniquement les enfant(s) âgé(s) de moins de 18 ans au 31 août 2024)

Année(s) scolaire(s) de séparation au 31 août 2024 :

½ Année	2 Années ½	
1 Année	3 Années	
1 Année ½	3 Années ½	
2 Années	4 Années et +	

❖ **Demande au titre du handicap :**

de l'intéressé(e) du conjoint d'un enfant à charge

Une bonification de 100 points est accordée aux agents justifiant d'une RQTH en cours de validité.

Par ailleurs, une bonification de 800 points peut être accordée en raison du handicap de l'agent, de son conjoint ou de la situation médicale grave de son enfant de moins de 20 ans au plus tard le 31/08/2024 (handicap ou pathologie de gravité exceptionnelle). Comme pour la phase initiale, les demandes formulées au titre du handicap tendent à faciliter la mobilité des personnels en situation de handicap afin de leur permettre d'améliorer leurs conditions de vie et/ou de soins.

Reconnaissance du handicap :

RQTH de l'enseignant RQTH du conjoint

Autres cas prévus par la loi du 11 février 2005 à préciser :

Ou prise en compte de la situation d'un enfant de moins de 20 ans en situation de handicap ou ayant une pathologie de gravité exceptionnelle :

enfant de moins de 20 ans (au 31/08/2024) pris en charge par la MDPH au titre du handicap

enfant de moins de 20 ans (au 31/08/2024) malade non connu de la MDPH

❖ **Demande au titre du centre des intérêts matériels et moraux (CIMM) :**

Une bonification de 600 points est accordée aux agents justifiant de leur CIMM dans un des cinq départements d'outre-mer suivants : Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Martinique, Mayotte.

Département d'Outre-Mer pour lequel le centre des intérêts matériels et moraux est sollicité : Choisissez un élément.

Il appartient au candidat, le cas échéant, de compléter le formulaire CIMM dédié et de l'adresser, avec les pièces justificatives afférentes, à sa DSDEN dans les délais fixés.

❖ **Autres motifs (à préciser) :**

Je soussigné(e), après avoir pris connaissance des lignes directrices de gestion ministérielles relatives à la mobilité des personnels ainsi que de la note de service annuelle relative au mouvement des personnels enseignants du premier degré, m'engage à rejoindre tout poste vacant, dans le département obtenu lors de la phase complémentaire du mouvement interdépartemental 2024.

Fait à

Le

Signature :

NOM – PRENOM :