

**DEMANDE D’INEAT**

Rentrée scolaire 2020

Formulaire à compléter pour toute demande d’entrée en Loire Atlantique

et à transmettre à votre département d’origine pour suite à donner.

**Aucune demande ne doit être adressée directement à la DSDEN Loire Atlantique.**

Date limite de réception des dossiers à la DSDEN de Loire Atlantique :

**le 15 mai 2020, délai de rigueur**.

**NOM D’USAGE** : ……………………………………………… **Prénoms** : ………………………………………..

Nom de famille : …………………………………………………………………………………………………..

Numen : ……………………………………………………………………………………………

Date de naissance : ………………………………… Lieu de naissance : ………………………

**Département d’origine**……………………………………………………………………………………………

Adresse actuelle : ……………………………………………………………………………………………………..

Code Postal, commune : ………………………………………………………………………………………....

Adresse en Loire Atlantique (le cas échéant)………………………………………………………………….

N° de téléphone fixe : ………………………… N°de téléphone portable : ……………………

Mail professionnel personnel de votre département d’origine (*prenom.nom@ac-xxx.fr**) (1):* ….………………………………………………………………………………………………………..

1. Les informations seront communiquées prioritairement par courrier électronique.

**Département(s) sollicités(s)** (y compris la Loire Atlantique)

1 ……………………………………………………………2 ………………………………………………………

3…………………………………………………………….4 ……………………………………………………….

5 ……………………………………………………………6 ……………………………………………………….

**Motif (s)**(cocher la ou les cases correspondant à votre demande) :

□ Rapprochement de conjoint :

 - situation du conjoint :

□ fonctionnaire d’autorité à mobilité professionnelle obligatoire

□ mutation sur demande

□ mutation suite à une promotion

□ entreprise privée

□ autre situation à préciser : …………………………………………………………

 - Date de prise de fonction en Loire Atlantique : …………………………………………….

□ Au titre du handicap (titulaire d’une RQTH)

□ Situation médicale d’une extrême gravité : □ de l’enseignant □ du conjoint : □ d’un enfant

□ Situation sociale d’une extrême gravité

□ Parent isolé

□ Autorité parentale conjointe

□ Convenances personnelles

**Situation de Famille**

□ Célibataire □ Marié(e) □ Pacsé(e) □ Vie commune
□ Veuf(ve) □ Séparé(e) □ Divorcé(e)

Nombre d’enfant(s) de moins de 20 ans à charge au 1er septembre 2019 :………………………………..

Date de naissance des enfants :……………………………………………………………………………..



DEMANDE D’INEAT

Rentrée scolaire 2020

**Avez-vous participez au mouvement national informatisé 2020 :** □ OUI □ NON

 **Motif (s) :**

 □ Rapprochement de conjoint

 □ Demande au titre d’une situation de handicap, sociale, médicale : □ OUI □ NON

 □ Parent isolé

 □ Autorité parentale conjointe : □ OUI □ NON

 □ Convenances personnelles :

 **Barème**:

Joindre votre fiche récapitulative issue de SIAM des éléments du barème validé pour le mouvement national informatisé.

**Situation professionnelle**

Position administrative : □ activité □ congé parental □ disponibilité □ détachement □ CLM □ CLD

Titre professionnels : □ CAPASH ou CAPPEI □ CAFIPEMF

Liste d’aptitude : □ directeur d’école. Date d’inscription : …………………………….

Habilitation en langue vivante : □ Anglais □ Allemand □ Espagnol □ Breton □ Autre :…………………..

**Quotité d’exercice souhaitée si vous envisagez de travailler à temps partiel de droit :**

 □ 50% □ 78,13% □ 80%

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions réglementaires relatives aux mutations et m’engage en cas d’obtention de l’exéat et de l’ineat à rejoindre le poste qui me sera attribué dans le département obtenu.

A…………………………. le…………………… Signature de l’intéressé(e)

**Pièces constitutives de votre dossier :**

* Un courrier adressé à l’IA-DASEN de Loire Atlantique dans lequel vous sollicitez un ineat (autorisation d’intégrer le département).
* Le formulaire « demande d’ineat » pour la Loire Atlantique dûment rempli
* Le formulaire de demande d’exeat de votre département d’origine
* Une fiche de synthèse informatisée éditée par votre département d’origine
* Justificatifs selon votre situation (cf circulaire 25 mars 2019)

**Cadre réservé au département d’origine :**

Participation aux permutations informatisées : □ OUI barème : ………………. □ NON

Bonification au titre du handicap ou situation médicale □ OUI □ NON
(validée par le département d’origine)

Demande d’exeat : □ accordée □ refusée □ sous réserve
 □ en attente

Certifié exact après vérification Cachet de la DSDEN d’origine

A……………….. le ……………………………

**Merci de joindre une fiche de synthèse AGAPE informatisée.**