

N° DGFIP :

NOM-Prénom :

**PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AVEC VOTRE FICHE DE VŒUX
POUR UNE PRIORITE LIEE A UNE SITUATION DE HANDICAP
(LA VOTRE OU CELLE D'UN ENFANT)**

(*) Veuillez cocher les cases concernées

<input type="checkbox"/>	SITUATION (*)	<input type="checkbox"/>	JUSTIFICATIFS A FOURNIR (*)
<input type="checkbox"/>	LAUREAT EN SITUATION DE HANDICAP :	➔	<i>Carte invalidité ou carte CMI</i> <input type="checkbox"/> <i>« invalidité »</i> <input type="checkbox"/> <i>ET Justificatif(s) du lien médical</i> <input type="checkbox"/> <i>OU Justificatif(s) du lien familial ou contextuel</i> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ENFANT HANDICAPE :	➔	<i>Carte invalidité ou carte CMI</i> <input type="checkbox"/> <i>« invalidité »</i> <input type="checkbox"/> <i>ET Attestation de l'établissement d'assistance de l'enfant</i> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LAUREAT EN SITUATION DE HANDICAP OU PARENT D'UN ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP NON DETENTEURS DE LA CMI « INVALIDITE » :	➔	<i>Courrier explicite et certificats médicaux</i> <input type="checkbox"/>

**ATTENTION POUR BÉNÉFICIER D'UNE PRIORITÉ DE CETTE NATURE
DANS L'APPEL A CANDIDATURES RELOCALISATION,
L'APPRECIATION DES CONDITIONS PORTE SUR LA COMMUNE**