



## Fiche de suivi syndical

à renvoyer à :  
**SNASUB - FSU - 104, rue Romain Rolland 93260 LES LILAS**  
 pour transmission directe aux commissaires paritaires  
 des académies concernées, dont vous trouverez la liste et les coordonnées  
 sur le site internet du SNASUB-FSU

### Mouvement national à gestion déconcentrée 2017 des **adjoints administratifs (ADJAENES)**

.NOM(S) : .....	Corps : .....
Prénom(s) : .....	Académie : .....

Adresse personnelle ..... Code postal.....

Commune : ..... N° de téléphone fixe : .....

N° de téléphone portable : ..... Courriel .....

Etablissement ou service d'exercice : .....

Adresse professionnelle : ..... Code postal .....

Commune ..... Tél : ..... Académie .....

**Signalez les éléments  
pouvant favoriser  
le changement d'académie :**

Vous reporter aux circulaires de mouvement  
intra académiques des académies  
demandées, disponibles sur les sites des  
rectorats.

**Rapprochement de conjoints :** .....

**Nombre d'enfants à charge :** .....

**Affectation dans certaines zones ou  
établissements difficiles depuis au moins 5  
ans :**  
.....

**Réintégration après congé parental,  
disponibilité, détachement dans une autre  
académie que celle d'origine pour suivre  
un conjoint :**  
.....

**après .....années ;** .....

**Ancienneté dans le poste :**  
..... ans ..... mois ..... jours

**Ancienneté dans le corps :**  
..... ans ..... mois ..... jours

**Ancienneté fonction publique :**  
..... ans ..... mois ..... jours

**TOTAL :** .....

**Votre demande  
de changement d'académie :**

**Voeu n° 1 :**  
 Académie.....Département.....  
 Etablissement ou service : .....  
 .....Ville.....

**Voeu n° 2 :**  
 Académie.....Département.....  
 Etablissement ou service : .....  
 .....Ville.....

**Voeu n° 3 :**  
 Académie.....Département.....  
 Etablissement ou service : .....  
 .....Ville.....

**Voeu n° 4 :**  
 Académie.....Département.....  
 Etablissement ou service : .....  
 .....Ville.....

**Voeu n° 5 :**  
 Académie.....Département.....  
 Etablissement ou service : .....  
 .....Ville.....

**Voeu n° 6 :**  
 Académie.....Département.....  
 Etablissement ou service : .....  
 .....Ville.....

**Important :** fonctionnaire handicapé : oui - non  
 mutation conditionnelle : oui - non