



## Fiche de suivi syndical

à renvoyer à :  
**SNASUB - FSU - 104, rue Romain Rolland 93260 LES LILAS**  
ou directement aux **commissaires paritaires du corps concerné**  
(coordonnées indiquées dans le dossier "mutations 2016"  
du mois de décembre 2015)

### Mouvement national 2016 des attachés (AAE) et des secrétaires (SAENES) sur postes profilés

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

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 : .....

Département : ..... Académie .....

### Votre demande de mutation :

**Ne pas oublier de transmettre  
votre dossier de mutation :**

**l'annexe M2b  
de la note ministérielle  
dûment renseignée**

**aux commissaires paritaires  
concernés :**

**Corps des attachés :**

**Thomas VECCHIUTTI  
thomaslp@wanadoo.fr**

**Corps des secrétaires :**

**Philippe LALOUETTE  
philippe.lalouette@ac-amiens.fr**

**Voeu n° 1 :**  
Académie.....Département.....

**Poste profilé demandé (Etablissement ou service) .....**  
.....Ville.....

**Voeu n° 2 :**  
Académie.....Département.....

**Poste profilé demandé (Etablissement ou service) .....**  
.....Ville.....

**Voeu n° 3 :**  
Académie.....Département.....

**Poste profilé demandé (Etablissement ou service).....**  
.....Ville.....

**Voeu n° 4 :**  
Académie.....Département.....

**Poste profilé demandé (Etablissement ou service).....**  
.....Ville.....

**Voeu n° 5 :**  
Académie.....Département.....

**Poste profilé demandé (Etablissement ou service).....**  
.....Ville.....

**Voeu n° 6 :**  
Académie.....Département.....

**Poste profilé demandé (Etablissement ou service).....**  
.....Ville.....

<b>Important :</b>	<b>Fonctionnaire handicapé : oui - non</b>	<b>Rapprochement de conjoint : oui - non</b>
	<b>Mutation conditionnelle : oui - non</b>	<b>Exercice depuis 5 ans en établissement sensible : oui - non</b>



# Fiche de suivi syndical

à renvoyer à :

**SNASUB - FSU - 104, rue Romain Rolland 93260 LES LILAS**  
ou directement aux **commissaires paritaires du corps concerné**  
(coordonnées indiquées dans le dossier "mutations 2016"  
du mois de décembre 2015)

## Mouvement national **2016** des attachés (AAE) et des secrétaires (SAENES) sur **postes non profilés**

<b>NOM(S) :</b> .....	<b>Corps :</b> .....
<b>Prénom(s) :</b> .....	<b>Académie :</b> .....

**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** : .....

**Département** : ..... **Académie** .....

### Calculez votre barème :

Vous reporter à l'annexe M7  
de la note ministérielle parue  
au BOEN du 19 novembre 2015

**Rapprochement de conjoint :** .....

après ..... année(s) ;

**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 .....année(s) ;

**Ancienneté dans le poste :**

..... ans ..... mois ..... jours

**Ancienneté dans le corps :**

..... ans ..... mois ..... jours

**TOTAL :** .....

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

#### Voeu n° 1 :

Académie.....Département.....  
Etablissement ou service (Poste précis ou PP)  
.....Ville.....

#### Voeu n° 2 :

Académie.....Département.....  
Etablissement ou service (PP).....  
.....Ville.....

#### Voeu n° 3 :

Académie.....Département.....  
Etablissement ou service (PP).....  
.....Ville.....

#### Voeu n° 4 :

Académie.....Département.....  
Etablissement ou service (PP).....  
.....Ville.....

#### Voeu n° 5 :

Académie.....Département.....  
Etablissement ou service (PP).....  
.....Ville.....

#### Voeu n° 6 :

Académie.....Département.....  
Etablissement ou service (PP).....  
.....Ville.....

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



# 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 **2016** 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  
:.....

### **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 :** .....

#### **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**