



**RÉGION ACADÉMIQUE
GUYANE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Annexe 2

Attestation de la reconnaissance de la qualité de travailleur en situation de handicap

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

CORPS :

AFFECTATION ACTUELLE :

Dans le cadre de ma demande de mutation, j'informe l'administration de ma qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi aux termes de l'article L.5212-131°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10° et 11° du code du travail.

A cet effet et conformément à l'article visé ci-dessus, je joins à ma demande de mutation tout document justifiant ma situation.

Signature de l'agent