**DANS TOUS LES CAS RELEVANT**

**D’ACCIDENTS, D’AGRESSIONS OU DE MALADIES (cf. § I et II)**

**CONTACTEZ NOUS IMMEDIATEMENT PAR TELEPHONE OU MAIL**

**Pour les autres cas : inaptitude, reclassement…. Contactez-nous par mail**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Henri SIVY** | **06/12/80/24/02** | **henri.sivy@gmail.com** |
| **Ou Evelyne SALLANNE** | **06/43/89/02/35** | **evelynesallanne@gmail.com** |

**LE SNEP PEUT VOUS AIDER (ouverture du dossier SNEP, conseils, défense de vos droits, suivi).**

***Un dossier pris dès le départ est bien plus facile à traiter !***

1. **ACCIDENTS**
2. Vous venez d’être victime d’un accident dans le cadre de votre service.
3. Vous venez d’avoir un accident de trajet :
* entre votre domicile et votre lieu de travail,
* ou sur un itinéraire dans le cadre d’une mission.
1. Vous venez d’être **victime d’une agression (verbale ou physique) ou d’incivilités** dans le cadre de votre travail **avec blessure ou pas** !
* par un élève,
* par un parent,
* par un supérieur hiérarchique,
* par une personne étrangère au cadre de votre travail (adulte ou mineure).
1. **MALADIES ET/OU EXPERTISES**

Vous rencontrez un problème de santé, dû à votre travail ou non, ou bien votre dossier doit être étudiéprochainement, après expertise ou non, par le Comité Médical Départemental ou par la Commission de Réforme.

***Dans les cas (I et II) : contactez-nous IMMEDIATEMENT. Nous ferons le lien avec votre secrétaire départemental.***

**III)** Vous relevez d’une inaptitude totale ou partielle, vous souhaitez demander une poste de réadaptation, un reclassement, pour tout autre problème….. Contactez -nous par mail.

**Si vous nous adressez un mail, faites-le simultanément aux 2 contacts ci-dessus : joignez le tableau ci-dessous après l’avoir renseigné et exposez-nous en quelques lignes votre problème.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***NOM Prénom***  |  |
| ***Téléphone***  |  |
| ***Adresse électronique*** |  |
| ***Date de naissance*** |  |
| ***Corps Echelon et Ancienneté dans échelon*** |  |
| ***Adresse personnelle*** |  |
| ***Nom et Adresse établissement*** |  |
| ***Autonome de solidarité (oui ou non)*** |  |
| ***Assuré MAIF (oui ou non)******MGEN (oui ou non)*** |  |
| ***Date départ à la retraite prévue*** |  |

**J’expose mon problème : ……………..**