



Vos Droits  
sont Notre  
Seule Loi

## Fiche de suivi MOUVEMENT 2026 à renvoyer avec COPIE DE VOS VŒUX à

SNUDI-FO (Délégués du personnel) 20, avenue Monclar  
B.P. 80010 84004 AVIGNON cedex 01  
tél : 04 90 86 65 80 - mél : snudi.fo84@free.fr

**Transmettez-nous l'ACCUSÉ DE RECEPTION  
que vous consulterez sur SIAM-MVT1D le 29 mai 2026**

**Sur notre site  
enregistrez d'abord  
ce document avant de  
le compléter puis de  
l'envoyer par mél  
si vous l'imprimez  
retournez-le par voie  
postale ou par mél  
après l'avoir scanné.**

**NOM - Prénom :**

**Poste cette année 2025-2026** poste occupé à titre provisoire / à titre définitif

**Directeur - adjoint - TR - BDFC - TRS (TS) - spécialisé (préciser) :**

**Autre :**

**Commune :**

**Ecole :**

**Adresse personnelle - téléphone - mail pour vous contacter rapidement :**

**Adresse :**

**Code postal – Ville :**

**adresse électronique perso :**

**tél. fixe :**

**tél. portable :**

**Ne rien inscrire  
Réservé aux élus  
du personnel**

- **Ancienneté Générale Fonction d'Enseignant** au 1/09/2025 : **ans mois jours** (1 mois = 30 jours)
- **Nombre d'enfants (y compris ceux à naître)** de moins de 18 ans au **1.09.2026** :
- **Je bénéficie d'une bonification ci-dessous OUI - NON**  
Handicap ou enfant malade - Fermeture de poste ou de classe - Rapprochement de conjoint - Parent isolé - autorité parentale conjointe – Renouvellement du Vœu 1 « école » : **préciser la date de votre première demande du vœu 1 :**
- **Je demande un poste de direction OUI - NON**  
J'exerce déjà sur une direction depuis le (**date**) :  
Je suis inscrit sur la Liste d'Aptitude Direction **OUI - NON date :**
- **Formation CAPPEI 2025 – 2026 module (l'indiquer) :**
- **Stage CAPPEI en 2026-2027 :**  
**préciser :** Liste principale – liste complémentaire - Candidat libre
- **J'exerce en REP + depuis au moins 5 ans OUI - NON** date :
- **J'exerce en REP depuis au moins 5 ans : OUI - NON** date :
- **J'exerce en école zone violence depuis au moins 5 ans : OUI – NON** date :
- **Je suis Maître-Formateur – indiquer l'année du CAFIPEMF :**  
J'ai exercé comme MF pendant (**nombre d'années**) :
- **Vous avez fait des vœux liés avec un(e) collègue : OUI - NON**  
son nom :  
**En cas d'égalité de barème :** votre AGS :  
votre échelon :                      votre ancienneté de poste :

**Vous demandez à exercer à temps partiel en 2026-2027 : OUI – NON**

De droit / sur autorisation à : **50 %, 75% ou 80% classique - 50%, 75% ou 80% annualisé**