



**ACADÉMIE
D'ORLÉANS-TOURS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de l'Indre

Division des Personnels et des Ressources Humaines

Annexe 2

DEMANDE DE REINTEGRATION

Année scolaire 2025/2026

Je soussigné(e) :

Nom, Prénom : Date de naissance :

Adresse :

code postal : Ville :

Sollicite ma réintégration, pour l'année scolaire 2025-2026, à compter du 1^{er} septembre 2025. (joindre le certificat médical de moins de 3 mois délivré par le médecin agréé).

Fait le:

Signature: