

## ANNEXE B

### Déclaration de vulnérabilité :

Je, soussigné ( e ) :

Nom.

Nom patronymique :

Prénom :

Date de naissance :

Corps/Grade :

Etablissement/Circonscription :

Coordonnées téléphoniques.

Email professionnel :

Déclare souffrir d'une pathologie à risque de covid -19 grave, listée à l'annexe A (avis du HACSP du 20 avril 2020).

En conséquence, je sollicite<sup>[1]</sup> :

- Position 1 : une reprise d'activité en présentiel équipé (e) d'un masque chirurgical de type 2
- Position 2 : une activité de travail à distance partielle ou totale pour les fonctions éligibles
- Position 3 : une autorisation spéciale d'absence, puisque les circonstances de mon activité rende le travail impossible

Je m'engage à fournir les certificats médicaux justificatifs correspondants (certificat médical ou certificat médical attestant d'une nécessité d'isolement) au médecin conseiller technique du Recteur à l'adresse : **claire.grenier@ac-guyane.fr**

---

<sup>[1]</sup> Cochez la case correspondante