



MOUVEMENT DÉPARTEMENTAL DES ENSEIGNANTS DU PREMIER DEGRÉ – RENTRÉE SCOLAIRE 2025

FORMULAIRE À DESTINATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL DU RECTORAT

À retourner pour le mercredi 5 mars 2025 délai de rigueur

Avant de renseigner ce formulaire, lire attentivement la note départementale relative aux bonifications accordées au titre du handicap en date du 31 janvier 2025

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : NUMEM :

Adresse électronique : TÉLÉPHONE :

Motif de la demande de bonification exceptionnelle :

- Vous** êtes bénéficiaire de l'obligation d'emploi (**BOE**) ;
- Votre **conjoint** est bénéficiaire de l'obligation d'emploi (**BOE**) ;
- Votre **enfant** est bénéficiaire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (**AEEH**) ;
- Votre **enfant** souffre d'une **maladie grave**.

Composition du dossier à transmettre exclusivement par mail au service médical :

24.dossiermed1d@ac-bordeaux.fr

- Présent formulaire** de demande de majoration exceptionnelle dûment rempli ;
- Lettre motivée** expliquant la demande et la corrélation entre le handicap et l'affectation sollicitée (préciser en quoi l'affectation améliorera les conditions de vie de la personne handicapée) ;
- Copie des notifications de la MDPH (RQTH en cours de validité, RQTH du conjoint en cours de validité, AEEH en cours de validité, etc.) ;
- Carte d'invalidité ou de pension telle que définie par la loi du 11/02/2005 ;
- Justificatifs concernant la reconnaissance d'une maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10% et titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité ;
- Formulaire à destination du médecin du travail de demande de majoration exceptionnelle ;
- Copie des pièces médicales attestant de la pathologie, du rythme du suivi de la pathologie, du traitement pris, etc. ;
- Copie des certificats médicaux (récents) attestant de la pathologie et du suivi médical ;
- Copie des comptes rendus hospitaliers ou de consultations d'un spécialiste, de radiologies, d'ordonnances. ;
- Concernant un enfant non reconnu handicapé mais souffrant d'une pathologie grave : tous les documents relatifs au suivi médical de l'enfant ;
- Tout justificatif attestant que l'affectation demandée garantira une amélioration de la situation de la personne handicapée.

DOSSIER MÉDICAL MUTATION CONCERNANT LA DEMANDE DE MAJORATION
EXCEPTIONNELLE DU BAREME AU TITRE DU HANDICAP
Mouvement des personnels enseignants du 1^{er} degré - public - de la Dordogne

NOM Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tel :

Fonction exercée :

Ancienneté de service (AGS) :

Date d'entrée dans le département :

Affectation actuelle :

Vœux envisagés :

- Situation familiale (enfants et date de naissance) :

- Nature et lieu de travail du conjoint :

- Nature du handicap et contraintes (ex : transports spécialisés, scolarité adaptée pour un enfant, internat..) :

- Soins nécessaires (joindre pièces médicales récentes et copie des ordonnances) :

- Congés éventuels (CMO, CLM, CLD, temps partiel thérapeutique, disponibilité...) :