

**FORMULAIRE RELATIF A UNE DEMANDE D'ATTRIBUTION DE LA  
BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP**

Ce document, dûment complété, doit être adressé par le demandeur directement au médecin de prévention de son secteur avec un courrier expliquant sa situation ainsi que les pièces justificatives (preuve de dépôt de la demande de RQTH, tous les justificatifs attestant que la mutation sollicitée améliorera les conditions de vie professionnelle de la personne en situation de handicap ; s'agissant d'un enfant souffrant d'une maladie grave, toutes les pièces concernant le suivi médical notamment en milieu hospitalier spécialisé) **avant le 24 mars 2017 délai de rigueur** à :

- **Docteur GOYEC Laurence** – circonscriptions de Guingamp nord et Lannion - Tél. 02 98 49 40 24 - Collège Saint Pol Roux - 40 rue de Bruxelles - 29200 BREST
- **Docteur LE COZ Annie** – circonscriptions de Saint-Brieuc, Lamballe, Dinan, Guingamp sud, Paimpol et Loudéac – Tél. 02.96.75.91.45 – Direction académique des Côtes d'Armor – 8 B rue des Champs de Pies – BP 2369 – 22023 St-Brieuc Cedex 1

NOM d'USAGE : .....Prénom: .....

NOM PATRONYMIQUE.....Né(e) le .....

Adresse personnelle .....

Affectation actuelle.....

Majoration demandée en raison de la situation (1):  de l'intéressé(e)  d'un enfant à charge

**Reconnaissance du handicap** : Indiquer la date d'effet ou de la demande pour les dossiers en cours d'instruction par la MDPH

Date de dépôt de la demande de RQTH (ou assimilé) de l'intéressé(e)	MDPH de l'enfant

Date : Signature de l'intéressé(e) :

**PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN DES PERSONNELS**

**Le dossier médical (1):**

- Répond aux critères
- Ne répond pas aux critères

**Observations éventuelles sur l'opportunité de la mutation au titre du Handicap** (amélioration ou non de la situation de la personne handicapée)

A....., le.....

Le médecin des personnels :

NOM :

SIGNATURE :

**DECISION DE L'IA-DASEN :**

- MAJORATION ACCORDEE (1)  MAJORATION REFUSEE (1)

(1) cocher la case correspondante