académie Rennes
direction des services départementaux Côtes d'Armor
Éducation nationale

Annexe 3

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 des personnels de votre secteur avec un courrier expliquant sa situation ainsi que les pièces justificatives (Bénéficiaire de l'obligation d'emploi-BOE, tous les **justificatifs médicaux** attestant que la mutation sollicitée améliorera les conditions de vie professionnelle de la personne handicapée ; s'agissant d'un enfant souffrant d'une maladie grave, toutes les pièces concernant le suivi médical notamment en milieu hospitalier spécialisé) **avant le 6 décembre 2016**, **délai de rigueur** à :

- Secteur Côtes d'Armor EST : **Mme le Docteur Guillemette LE BRAS** (Tél. 02 23 21 73 56) Rectorat de Rennes - 96 rue d'Antrain - CS 10503 - 35705 RENNES CEDEX 7
- Secteur Côtes d'Armor OUEST : **Mme le Docteur Laurence GOYEC** (Tél. 02 98 49 40 24) Collège Saint Pol Roux - 40 rue de Bruxelles - 29200 BREST

NOM d'USAGE : ……Prénom: .....

NOM PATRONYMIQUE……..Né(e) le .....

Adresse personnelle .....

.....

Téléphone ou adresse mail : .....

Affectation actuelle.....

Majoration demandée en raison de la situation (1): ☐ de l'intéressé(e) ☐ du conjoint (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

BOE (RQTH…) de l'intéressé(e)	BOE (RQTH…) du conjoint(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 DU DASEN :

☐ MAJORATION ACCORDEE (1) ☐ MAJORATION REFUSEE (1)

(1) cocher la case correspondante