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

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 (RQTH ou preuve de dépôt de la demande de RQTH, 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 9 décembre 2014**, **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

| RQTH (ou assimilé) de l'intéressé(e) | RQTH (ou assimilé) du conjoint(e) | RQTH de l'enfant |
|---|---|---|
| | | |

**Date :** **Signature de l'intéressé(e) :**

**PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN DES PERSONNELS**

**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