

PIÈCES A FOURNIR :

Veillez cocher, sur la liste, les documents que vous joignez à votre dossier :

Toutes les pièces à caractère médical **sont à adresser, à l'attention du médecin de prévention, sous pli cacheté portant la mention « confidentiel ».** Il est indispensable d'écrire vos **NOM/PRENOM** sur l'enveloppe.

NB : Seul le médecin en prend connaissance afin de respecter le secret médical.

| PIÈCES A FOURNIR pour la bonification 2 BONIFICATION EXCEPTIONNELLE | | Réservé à l'usage exclusif du médecin de prévention | OUI | NON |
|---|---|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Observations éventuelles | | |
| <input type="checkbox"/> La pièce attestant que l'enseignant ou son conjoint rentre dans le champ du bénéfice de l'obligation d'emploi (BOE) | <input type="checkbox"/> Les travailleurs reconnus handicapés (RQTH). | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire. | | | |
| | <input type="checkbox"/> Les titulaires d'une pension d'invalidité à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain. | | | |
| | <input type="checkbox"/> Les anciens militaires et assimilés titulaires d'une pension d'invalidité. | | | |
| | <input type="checkbox"/> Les titulaires de la carte d'invalidité délivrée par la Commission des droits et de l'autonomie, à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80% ou qui a été classée en 3 ^{ème} catégorie de la pension d'invalidité de la sécurité sociale. | | | |
| | <input type="checkbox"/> Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité pour les sapeurs-pompiers volontaires. | | | |
| | <input type="checkbox"/> Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés. | | | |
| <input type="checkbox"/> Un justificatif de reconnaissance du handicap pour l'enfant à charge. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| PIECES MEDICALES A TRANSMETTRE, SOUS PLI CONFIDENTIEL, A L'ATTENTION DU MEDECIN DE PREVENTION | | | | |
| <input type="checkbox"/> Un certificat médical récent et détaillé du médecin généraliste ou spécialiste précisant la nature de la maladie et des difficultés ou incapacités qu'elle entraîne dans l'exercice des fonctions. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Tous les justificatifs attestant que le ou les postes sollicités amélioreront les conditions de vie de la personne en situation de handicap. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> S'agissant d'un enfant non reconnu handicapé mais souffrant d'une maladie grave, toutes les pièces concernant le suivi médical notamment en milieu hospitalier spécialisé. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Déposé/ Envoyé le : Nom – Prénom et signature de l'enseignant : | | Reçu le : Signature du médecin de prévention : | | |