DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

PHASE INTERDEPARTEMENTALE

NOTICE DE RENSEIGNEMENTS

A JOINDRE A TOUTE DEMANDE DE BONIFICATION

AU TITRE DU HANDICAP

(BOEN (Spécial) n° 9 du 12 novembre 2015)

A retourner au médecin de prévention pour le 8 décembre 2015 au plus tard

NOM – PRENOM :					
DATE DE NAISSANCE :					
SITUATION DE FAMILLE :					
NOMBRE ET ÂGE DES ENFANTS A CHARGE :					
ADRESSE PERSONNELLE :					
COMMUNE :		CODE POSTAL :			
N° DE TELEPHONE :	Spiritarian de la companya del companya de la companya del companya de la company				
ADRESSE MAIL:					
AFFECTATION ACTUELLE (adresse de l'établissement) :					
DATE DE NOMINATI	Affectation à titre définitif Titulaire remplaçant Mise à disposition à titre p ON DANS LE POSTE ACTU				
POSITION ACTUELL · activité · CONGE DE MALAD	E:	- CLM ou CLD - DISPONIBILITE			
l'intéressé(e)le conjointun enfant à charge					
DEPARTEMENT DEMANDE A LA RENTREE 2016 :					
−ait à	, le	Signature			

ACCUSE DE RECEPTION

DE DOSSIER MEDICAL DEMANDE AU TITRE DU HANDICAP

(Joindre une enveloppe timbrée à votre adresse personnelle)

NOM :	
PRENOM:	
DATE DE NAISSANCE :	
Votre dossier est parvenu au Service médical le :	

Le Secrétariat