

ANNEXE I – DOSSIER DE DEMANDE DE BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP

DSDEN de la Lozère
Division des ressources humaines et des emplois 1^{er} degré

Rentrée scolaire 2019

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL
Mouvement des personnels enseignants du 1^{er} degré
NOTICE DE RENSEIGNEMENTS
A JOINDRE A TOUTE DEMANDE DE BONIFICATION
AU TITRE DU HANDICAP
(BO n° 42 du 13 novembre 2014)

NOM – PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SITUATION DE FAMILLE :

NOMBRE ET AGE DES ENFANTS A CHARGE :

ADRESSE PERSONNELLE :

.....

.....

COMMUNE : CODE POSTAL :

N° DE TELEPHONE :

AFFECTATION ACTUELLE (adresse de l'école ou de l'établissement) :

.....

.....

FONCTIONNAIRE-STAGIAIRE : OUI NON

TITULAIRE :

Affectation à titre définitif

Affectation à titre provisoire

Date de nomination dans le poste actuel :

POSITION ACTUELLE :

- activité

- congé de maladie ordinaire

- CLM ou CLD

- disponibilité

- autre :

Fait à, le

Signature



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Certificat médical confidentiel
à compléter par le médecin traitant généraliste ou spécialiste du patient**

**réservé à l'usage exclusif du médecin conseiller technique ou du médecin de prévention
en faveur des personnels de l'académie de Montpellier**

document soumis au secret professionnel
article 226-13 du Code Pénal

Nom d'usage.....Prénom.....

Nom de naissance.....Date de naissance.....

Adresse.....

.....

.....

Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap

Histoire de la ou des pathologies invalidantes

Date de début des troubles :

Origine, circonstance d'apparition :

compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Description clinique actuelle :

Evolution prévisible :

Traitements, prises en charge thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires)

Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charges paramédicales régulières
- Autre (préciser)

Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient :

Certificat médical établi le

Signature et cachet du médecin