

## ANNEXE I

### DOSSIER DE DEMANDE DE BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP

Les personnels enseignants du premier degré pouvant justifier de l'attribution d'une bonification au titre du handicap doivent faire parvenir un dossier médical récent et complet, sous pli confidentiel à la :

DSDEN de la Lozère  
DRHE  
3 Rue Chanteronne  
CS 80022  
48009 MENDE cedex

Ce dossier doit comporter :

- une copie de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou de l'attestation justifiant de l'obligation d'emploi. La RQTH n'est pas obligatoire pour les enfants.

**La preuve de dépôt à la maison départementale du handicap n'est plus recevable**

- un ou des certificats médicaux détaillés, sous pli confidentiel, précisant la pathologie exacte ayant donné lieu à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, le traitement suivi, l'évolution prévisible, l'amélioration attendue des conditions de vie de la personne....
- la notice de renseignements ci-jointe ;
- la copie des vœux formulés (copie de l'accusé de réception des vœux) ;
- une enveloppe timbrée à l'adresse personnelle de l'intéressé si celui-ci souhaite recevoir l'accusé de réception du dossier.

**Rappel : les intéressés peuvent solliciter un entretien avec le médecin de prévention qui fera connaître son avis sur l'attribution d'une bonification.**

**DATE LIMITE DE TRANSMISSION A LA DSDEN :**

**VENDREDI 19 MARS 2021**

**DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL**  
**Mouvement des personnels enseignants du 1<sup>er</sup> degré**

**NOTICE DE RENSEIGNEMENTS**  
**A JOINDRE A TOUTE DEMANDE DE BONIFICATION**  
**AU TITRE DU HANDICAP**  
**(BO n° 42 du 13 novembre 2014)**

NOM – PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

SITUATION DE FAMILLE : .....

NOMBRE ET ÂGE 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

## **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...)

Date de début des troubles :

Prises en charge régulières

- Hospitalisation itératives ou programmée
- 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

ACCUSÉ DE RÉCEPTION

DE DOSSIER MÉDICAL

**DEMANDE de bonification au titre du HANDICAP**

**Joindre une enveloppe timbrée à votre adresse personnelle**

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

Votre dossier est parvenu au service du personnel le : .....

P/ Monsieur l'inspecteur d'académie directeur  
académique des services de l'Éducation nationale,  
et par délégation,

La cheffe de division de la DRH

Claudie David