



RÉGION ACADÉMIQUE  
OCCITANIE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



## Dossier de demande de bonification Au titre du handicap Mouvement intra académique

Les personnels enseignants, d'éducation et psychologues de l'éducation nationale pouvant justifier de l'attribution d'une bonification au titre d'un handicap concernant l'intéressé(e), son conjoint, d'un handicap ou d'une maladie grave concernant l'un de ses enfants à charge, doivent faire parvenir un dossier médical récent et complet, sous pli confidentiel, **au plus tard le 8 avril 2020** au :

**SERVICE MEDICAL  
RECTORAT de MONTPELLIER  
31, rue de l'Université  
CS 39004  
34064 MONTPELLIER cedex 2**

Ce dossier doit comporter :

- une copie de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou de l'attestation justifiant de l'obligation d'emploi.
- un **certificat médical détaillé (modèle ci-joint), sous pli confidentiel**, ainsi que tout document médical utile à l'examen du dossier : compte-rendu d'hospitalisation, de consultations, d'examens complémentaires....
- la notice de renseignements ci-jointe,
- un courrier explicatif de la situation actuelle et des améliorations attendues (1 page recto),
- une enveloppe timbrée à l'adresse personnelle de l'intéressé(e) s'il souhaite recevoir l'accusé de réception du dossier (cf. ci-dessous).
- une copie des vœux de mutation



RÉGION ACADÉMIQUE  
OCCITANIE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

RECTORAT DE MONTPELLIER  
SERVICE MEDICAL

Rentrée scolaire 2020

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL  
PHASE INTRA ACADÉMIQUE

A retourner au service médical pour le 8 avril 2020 au plus tard

**NOTICE DE RENSEIGNEMENT**  
**A JOINDRE A TOUTE DEMANDE DE BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP**

RQTH ou attestation justifiant de l'obligation d'emploi : Oui  Non

NOM – PRÉNOM : ..... Date de naissance : .....

CORPS : ..... DISCIPLINE : .....  
POUR LES PERSONNELS ENSEIGNANTS

SITUATION DE FAMILLE : .....

PROFESSION ET LIEU DE TRAVAIL DU CONJOINT.....

NOMBRE ET AGE DES ENFANTS A CHARGE : .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

.....

COMMUNE : ..... CODE POSTAL : .....

N° DE TELEPHONE : .....

ADRESSE E-MAIL ACADEMIQUE : .....

AFFECTATION ACTUELLE (nom et adresse de l'établissement) : ..... Date de nomination : .....

.....

.....

STAGIAIRE

TITULAIRE

POSITION ACTUELLE :

ACTIVITE  CLM OU CLD  Congé de maladie ordinaire  Disponibilité

PERSONNE POUR LAQUELLE LA BONIFICATION EST DEMANDEE :

- l'intéressé(e)
- le conjoint
- un enfant à charge

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)

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



RÉGION ACADÉMIQUE  
OCCITANIE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



**SERVICE MEDICAL**

Rentrée scolaire 2020

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION  
DE DOSSIER MÉDICAL**

**DEMANDE au titre du HANDICAP**

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

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

Votre dossier est parvenu au Service médical le : .....

Le Secrétariat