

**DOSSIER DE DEMANDE DE BONIFICATION  
AU TITRE DU HANDICAP  
MOUVEMENT INTRA-ACADEMIQUE**

Les personnels enseignants du second degré, d'éducation et d'orientation 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 31 mars 2016** au :

**Médecin Conseiller Technique du Recteur  
Service médical  
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,
- la copie des vœux formulés,
- une enveloppe timbrée à l'adresse personnelle de l'intéressé(e) s'il souhaite recevoir l'accusé de réception du dossier (cf. ci-dessous).

RECTORAT DE MONTPELLIER  
MEDECIN CONSEILLER TECHNIQUE

Rentrée scolaire 2016

**DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL  
PHASE INTRA ACADÉMIQUE**

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

A retourner au médecin conseiller technique pour le 31 mars 2016 **au plus tard**

**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

....., 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

<b>Nom d'usage</b> .....	<b>Prénom</b> .....
Nom de naissance.....	Date de naissance.....
Adresse : .....	
.....	
.....	

<b>Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap</b>

<b>Histoire de la ou des pathologies invalidantes</b>
Date de début des troubles :
Origine, circonstance d'apparition :
<input type="checkbox"/> compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

<b>Description clinique actuelle :</b>
Evolution prévisible :

**Traitements, prises en charges 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



## ANNEXE 6

**MÉDECIN CONSEILLER TECHNIQUE**

Rentrée scolaire 2016

### 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

