

DOSSIER DE DEMANDE DE PRIORITE MEDICALE AU TITRE DU HANDICAP

Les personnels pouvant justifier de l'attribution d'une bonification au titre du handicap concernant l'intéressé(e), le conjoint ou un enfant à charge de moins de 20 ans, doivent faire parvenir un dossier médical récent et complet,

au : **Médecin de prévention**
DSDEN des PYRENEES-ORIENTALES
45, avenue Giraudoux
66000 PERPIGNAN

Ce dossier doit comporter :

1- Une lettre indiquant :

- votre identité, adresse personnelle, date de naissance, grade, discipline et établissement d'affectation (ou académie d'origine si vous êtes nouvellement nommé dans notre académie à l'issue des opérations du mouvement inter académique).

- les motifs de la nécessité médicale d'une mutation au regard de votre pathologie (ou de celle de votre conjoint ou enfant) et de vos vœux d'affectation.

2- Une copie du document officiel attestant de la reconnaissance du handicap : RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé).

Pour les enfants handicapés, vous devrez produire la notification de la décision de la CDAPH.

Pour les enfants non handicapés mais atteints d'une pathologie grave nécessitant des soins et un suivi spécifique en milieu hospitalier spécialisé, la priorité pourra être accordée en cas de nécessité absolue de se rapprocher de l'établissement hospitalier assurant la prise en charge de l'enfant (joindre les bulletins d'hospitalisation et les certificats médicaux.)

3- Votre dossier médical complet comprenant :

- la photocopie des pièces médicales relatives au handicap limitant vos capacités physiques ou mentales (comptes rendus radiologiques, opératoires, bilans biologiques ou autres).

- le certificat médical type complété par votre médecin.

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

**réservé à l'usage exclusif du médecin de prévention
en faveur des personnels du département de l'Aude**

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 : |
| |
| |
| <input type="checkbox"/> compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser) |

| |
|--|
| Description clinique actuelle : |
| |
| |
| |
| 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