



## ANNEXE BONIFICATION HANDICAP / MOUVEMENT DEPARTEMENTAL 2025

### DEMANDE de PRIORITE MEDICALE au titre du handicap

La demande doit être transmise au médecin de prévention Dr VARRICCHIONE Joëlle par email :

[joelle.varricchione@ac-montpellier.fr](mailto:joelle.varricchione@ac-montpellier.fr)

Ou par courrier à :

Rectorat- Médecin de prévention

31 rue de l'université – 34000 MONTPELLIER

au plus tard **vendredi 28 février 2025** (23h00) pour les personnels exerçant dans l'Aude à la rentrée 2024

ET

au plus tard **vendredi le 21 mars 2025** (23h00) pour les personnels entrant dans le département par le biais du mouvement INTER 2025

Pièces à joindre au dossier remis au médecin de prévention :

- **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).
- **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 d'attribution de l'allocation d'éducation d'enfant handicapé précisant le taux d'incapacité de celui-ci.
  - **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).
- **Votre dossier médical complet comprenant :**
  - La photocopie des pièces médicales relatives au handicap limitant vos capacités physiques ou mentales (compte-rendu radiologiques, opératoires, bilans biologiques ou autres.)
  - Un certificat médical circonstancié faisant apparaître la pathologie, le suivi et permettant d'apprécier, si nécessaire, les traitements, les soins, l'invalidation constatée ainsi que son évolution ou ses séquelles définitives.
  - Si votre demande de RQTH est en cours, la copie du dossier médical adressée à la MDPH en sus de la preuve du dépôt de la demande.

L'étude des demandes se fait sur dossier sauf cas particuliers appréciés par le médecin de prévention.

L'avis médical est transmis par le médecin à l'administration seule compétente pour bonifier les barèmes.



**ACADÉMIE  
DE MONTPELLIER**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Direction des services départementaux  
de l'éducation nationale  
de l'Aude

## 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

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 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