



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Dossier de demande de bonification Au titre du handicap

Mouvement intra académique - Rentrée scolaire 2023

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 30 mars 2023** 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
- le **certificat médical confidentiel complété par le médecin traitant ou le spécialiste, modèle ci-dessous**, ainsi que tout document médical utile à l'examen du dossier (compte-rendu d'hospitalisation, de consultations, d'examens complémentaires...)
- la notice de renseignements
- un courrier explicatif de la situation actuelle et des améliorations attendues par la nouvelle affectation (1 page recto)
- une enveloppe timbrée à l'adresse personnelle de l'intéressé(e) s'il souhaite recevoir l'accusé de réception du dossier
- une copie des vœux de mutation

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU EXPEDIE APRES LA DATE LIMITE (cachet de la poste faisant foi) SERA RETOURNE A L'INTERESSE (E).

**TOUT ENVOI COMPLEMENTAIRE DEVRA COMPORTER LES REFERENCES SUIVANTES :
NOM, PRENOM, CORPS, DISCIPLINE**



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

PHASE INTRA ACADÉMIQUE - Rentrée scolaire 2023

A retourner au service médical pour le **le 30 mars 2023 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 :

MEL ACADEMIQUE :

AFFECTATION ACTUELLE (nom et adresse de l'établissement) : Date d'affectation :

.....

.....

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



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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 du travail
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



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**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