

ACADEMIE DE NICE  
SERVICE MEDICAL  
PHASE INTRA ACADEMIQUE 2021

**DEMANDE DE BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP**

Ce document doit être adressé, sous pli confidentiel, avec les pièces médicales nécessaires, au médecin conseiller technique du recteur, pour le **vendredi 16 avril 2021 à 17 h, au plus tard.**

**IMPORTANT**

Les documents médicaux doivent être adressés **EXCLUSIVEMENT** au médecin conseiller technique du recteur et ne doivent **EN AUCUN CAS** être joints aux confirmations de demande de mutation.

Seule la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) doit être transmise avec l'avis de dépôt de dossier au S.P.E.E.O. - Gestion des Affectations en même temps que le formulaire de confirmation de vœux.

NOM - PRENOM :	
DATE DE NAISSANCE :	SITUATION DE FAMILLE :
NOMBRE ET AGE DES ENFANTS A CHARGE :	
ADRESSE PERSONNELLE :	TELEPHONE :
CODE POSTAL : COMMUNE :	PORTABLE :
CORPS / GRADE :	DISCIPLINE :
ETABLISSEMENT D'AFECTATION : DATE D'ENTREE :	

<p>Vous êtes :</p> <p><input type="checkbox"/> STAGIAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> TITULAIRE d'un poste fixe en établissement</p> <p><input type="checkbox"/> TITULAIRE d'un poste sur zone de remplacement</p> <p><input type="checkbox"/> Affecté(e) à titre provisoire dans l'académie (ATP)</p> <p>Position actuelle :</p> <p><input type="checkbox"/> En activité</p> <p><input type="checkbox"/> En activité : congé de maladie ordinaire</p> <p><input type="checkbox"/> En activité : CLM ou CLD</p> <p><input type="checkbox"/> Disponibilité</p> <p>Le handicap invoqué concerne :</p> <p><input type="checkbox"/> L'intéressé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Son conjoint</p> <p><input type="checkbox"/> Son enfant</p>	<p>Situation de la personne concernée par le handicap :</p> <p><input type="checkbox"/> Travailleurs reconnus handicapés par la MDPH</p> <p><input type="checkbox"/> Victimes (accidents du travail ou maladies professionnelles avec incapacité permanente au moins égale à 10% et titulaires d'une rente)</p> <p><input type="checkbox"/> Titulaires d'une pension d'invalidité (capacité réduite de 2/3)</p> <p><input type="checkbox"/> Anciens militaires et assimilés titulaires d'une pension d'invalidité si incapacité permanente d'au moins 80% ou classés en 3ème catégorie</p> <p><input type="checkbox"/> Titulaires d'une allocation ou rente d'invalidité de sapeurs-pompiers volontaires</p> <p><input type="checkbox"/> Titulaires de l'allocation aux adultes handicapés</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant handicapé ou souffrant d'une maladie grave</p>
---	--

Lieu(x) géographique(s) souhaité(s) (joindre les pièces justificatives de votre situation)	Observations du médecin conseiller technique (indication des priorités)
-	
-	
-	
-	

**RECONNAISSANCE DU HANDICAP / INVALIDITE :**

Joindre obligatoirement une copie de la décision de la MDPH reconnaissant :

- la qualité de travailleur handicapé ou d'invalide,
- ou, le cas échéant, le taux d'incapacité ou d'invalidité

Fait à..... Le | | | | | | | | | | Signature :

ACADEMIE DE NICE  
S.P.E.E.O. – GESTION DES AFFECTATIONS  
PHASE INTRA ACADEMIQUE 2021

### AVIS DE DEPOT DE DOSSIER

à adresser au S.P.E.E.O. - Gestion des Affectations, avant le vendredi 16 avril 2021 17 h 00

NOM - PRENOM :	DOMICILE PRIVE :
CORPS / GRADE :	DISCIPLINE :
AFFECTATION :	TELEPHONE :  MEL :

**Les documents médicaux doivent être adressés EXCLUSIVEMENT au médecin conseiller technique du recteur et ne doivent EN AUCUN CAS être joints aux confirmations de demande de mutation.  
Seule la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) doit être transmise avec ce formulaire au S.P.E.E.O. - Gestion des Affectations en même temps que le formulaire de confirmation de vœux.**

Mon dossier a été envoyé au service médical le |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_| |

La pathologie concerne :      L'agent\*                                  Le conjoint\*                                  Le ou les enfant(s)  
NB : les ascendants (père, mère), frères, sœurs ou autres membres de la famille ne relèvent pas de ce dispositif.

**\*Je joins impérativement la RQTH à ce formulaire, attribuée pour la période suivante :**

Date de début : |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_| |                         Date de fin : |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_| |

**Je joins impérativement un courrier précisant le(s) lieu(x) géographique(s) souhaité(s) dans le cadre d'une éventuelle bonification (soutien familial, rapprochement du domicile...), ainsi que les aménagements nécessaires liés au handicap ou à l'invalidité dans l'exercice des fonctions**

Fait à..... le |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_| |

Signature :