

|  |
| --- |
|  |

**Formulaire de demande de**

**Bonification au Titre du Handicap**

Mutation départementale des enseignants du premier degré des Yvelines

**Références** : Lignes **D**irectrices de **G**estion n° MENH2131955X du 25-10-2021 (publiée au Bulletin officiel spécial n° 6 du 28 octobre 2021) relative à la mobilité des personnels du ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports

Rectorat de Versailles

**SMIS**

3, Bd de Lesseps

78017 Versailles cedex

01.30.83.46.71

**Liste des pièces à fournir :**

1. Une lettre de demande explicative (retentissement sur la vie sociale et professionnelle)
2. Un certificat médical explicatif récent (moins de 6 mois) d’un spécialiste ou du médecin traitant (histoire de la maladie et/ou du handicap, diagnostic, traitements, retentissement sur la vie sociale et professionnelle).
3. La pièce justificative du statut de BOE – Pour les RQTH la notification est obligatoire (la preuve de dépôt à la MDPH ne suffit pas).
4. Pour les enfants, un dossier médical documenté.
5. La fiche de renseignement ci-après dûment complétée

**Date limite de retour du dossier : mercredi 10 avril 2024**

Les agents sollicitant cette bonification doivent renvoyer l’ensemble des pièces justificatives listées ci-dessous **PAR VOIE POSTALE** au Service Médical Infirmier et Social au plus tard le **MERCREDI 10 AVRIL 2024** :

Rectorat de Versailles

**à l’attention du Docteur Laurence MACKOWIAK-BEL**

**SMIS-ASH -** 3, bd de Lesseps

78017 Versailles cedex

***Afin de traiter au mieux votre demande, merci de nous retourner le dossier dans les meilleurs délais.***

**RENSEIGNEMENTS À REMPLIR PAR L’AGENT (EN LETTRES CAPITALES)**

Nom – Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🕿 :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poste actuel :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 Stagiaire

🞎 Titulaire du poste (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 Affectation exceptionnelle à l’année (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Autre (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà obtenu une affectation ou une mutation pour raisons médicales :**

Si oui, à quelle date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et dans quel département : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Renseignements Familiaux :**

🞎 Célibataire 🞎 marié (e) 🞎 vie maritale 🞎 PACS 🞎 divorcé (e) 🞎 veuf (ve)

# Profession du conjoint : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu d’exercice professionnel du conjoint : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pourront bénéficier d’un avis médical prioritaire*:***

1 - Les agents reconnus BOE

2 - Les conjoints reconnus BOE

3 - Les enfants handicapés (ayant un dossier à la MDPH) ou présentant une pathologie grave nécessitant des soins continus en milieu hospitalier spécialisé

La situation des ascendants et des fratries n’est pas prise en compte.

**Votre situation concerne :**

🞎 Vous-même : reconnu BOE : OUI **🞎** NON **🞎**

🞎 Votre conjoint : reconnu BOE : OUI **🞎** NON **🞎**

🞎 Votre enfant (âge au 31/08/2022 : \_\_\_\_\_\_\_): a un dossier MDPH : OUI **🞎** NON **🞎**

**OUTRE LA CONSTITUTION DE CE DOSSIER MÉDICAL**

**N’OUBLIEZ PAS DE FORMULER VOS VŒUX**

**SUR LE SERVEUR SIAM**

**ET DE SIGNALER VOTRE DEMANDE DE BONIFICATION VIA LA PLATEFORME COLIBRIS.**