

**DOSSIER DE DEMANDE DE BONIFICATION
AU TITRE DU HANDICAP
MOUVEMENT INTER-ACADEMIQUE**

Les personnels pouvant justifier de l'attribution d'une bonification au titre d'un handicap concernant l'intéressé(e), son conjoint ou un enfant à charge atteint d'un handicap ou d'une maladie grave, doivent faire parvenir un dossier médical récent et complet, sous pli confidentiel, **au plus tard le 27 novembre 2024** à l'adresse suivante :

**Médecin Conseiller Technique auprès de la Rectrice
Service médical
RECTORAT de MONTPELLIER
31, rue de l'Université
CS 39004
34064 MONTPELLIER cedex 2**

Ce dossier doit être constitué des pièces suivantes :

- ⇒ une **copie de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé** en cours de validité ou de l'attestation justifiant de l'obligation d'emploi.

A noter pour les demandes de bonification liée à un enfant :

- pour les enfants handicapés, la notification de la décision de la CDAPH d'attribution de l'allocation d'éducation d'enfant handicapé précisant le taux de handicap de celui-ci.
 - pour les enfants non handicapés mais souffrant d'une maladie grave : toutes les pièces concernant le suivi médical notamment en milieu hospitalier spécialisé (joindre les bulletins d'hospitalisation et les certificats médicaux).
- ⇒ un **certificat médical détaillé (modèle ci-joint)**, **sous pli confidentiel**, ainsi que tout document médical utile à l'examen du dossier : compte-rendu d'hospitalisations, de consultations, d'examens complémentaires.
 - ⇒ la notice de renseignements,
 - ⇒ la copie des vœux formulés,
 - ⇒ une lettre explicative de la situation actuelle et de l'amélioration attendue (une page recto),
 - ⇒ une enveloppe timbrée à l'adresse personnelle de l'intéressé(e) si celui-ci (ou celle-ci) souhaite recevoir l'accusé de réception du dossier.

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

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

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL
PHASE INTER ACADÉMIQUE

**NOTICE DE RENSEIGNEMENTS
A JOINDRE A TOUTE DEMANDE DE BONIFICATION
AU TITRE DU HANDICAP**

A retourner au médecin conseiller technique **pour le 27 novembre 2024 au plus tard**

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 :

COURRIEL ACADEMIQUE :

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

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*

RECTORAT DE MONTPELLIER
MEDECIN CONSEILLER TECHNIQUE

ACCUSE DE RECEPTION

DE DOSSIER MEDICAL

DEMANDE AU TITRE DU HANDICAP

(Joindre une enveloppe timbrée à votre adresse personnelle)

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

Votre dossier est parvenu au Service médical le : _____

Le Secrétariat



**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 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 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