

ACADEMIE DE NICE
SERVICE MEDICAL
PHASE INTRA ACADEMIQUE 2022

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 mercredi 13 avril 2022 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'AFFECTATION : 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'invalidé,
- ou, le cas échéant, le taux d'incapacité ou d'invalidité

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