

**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 :	

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

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 :