



RÉGION ACADÉMIQUE
OCCITANIE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Dossier de demande de bonification Au titre du handicap Mouvement intra académique

Les personnels enseignants, d'éducation et psychologues de l'éducation nationale pouvant justifier de l'attribution d'une bonification au titre d'un handicap concernant l'intéressé(e), son conjoint, d'un handicap ou d'une maladie grave concernant l'un de ses enfants à charge, doivent faire parvenir un dossier médical récent et complet, sous pli confidentiel, **au plus tard le 8 avril 2020** au :

**SERVICE MEDICAL
RECTORAT de MONTPELLIER
31, rue de l'Université
CS 39004
34064 MONTPELLIER cedex 2**

Ce dossier doit comporter :

- une copie de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou de l'attestation justifiant de l'obligation d'emploi.
- un **certificat médical détaillé (modèle ci-joint), sous pli confidentiel**, ainsi que tout document médical utile à l'examen du dossier : compte-rendu d'hospitalisation, de consultations, d'examens complémentaires....
- la notice de renseignements ci-jointe,
- un courrier explicatif de la situation actuelle et des améliorations attendues (1 page recto),
- une enveloppe timbrée à l'adresse personnelle de l'intéressé(e) s'il souhaite recevoir l'accusé de réception du dossier (cf. ci-dessous).
- une copie des vœux de mutation



RÉGION ACADÉMIQUE OCCITANIE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



RECTORAT DE MONTPELLIER
2020
SERVICE MEDICAL

Rentrée scolaire

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL
PHASE INTRA ACADÉMIQUE

A retourner au service médical pour le 8 avril 2020 au plus tard

NOTICE DE RENSEIGNEMENT
A JOINDRE A TOUTE DEMANDE DE BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP

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 :
ADRESSE E-MAIL 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

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 :	
.....	
.....	

<p align="center">Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap</p>
--

<p align="center">Histoire de la ou des pathologies invalidantes</p> <p align="center">Date de début des troubles :</p> <p align="center">Origine, circonstance d'apparition :</p> <p align="center">▣ compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)</p>
--

<p align="center">Description clinique actuelle :</p> <p align="center">Evolution prévisible :</p>

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



RÉGION ACADÉMIQUE
OCCITANIE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



SERVICE MEDICAL

Rentrée scolaire 2020

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION
DE DOSSIER MÉDICAL**

DEMANDE au titre du HANDICAP

Joindre une enveloppe timbrée à votre adresse personnelle

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

Votre dossier est parvenu au Service médical le :

Le Secrétariat