ACADÉMIE
DE RENNES
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Côtes-d'Armor

Annexe 3

FORMULAIRE RELATIF A UNE DEMANDE D'ATTRIBUTION DE LA BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP

Mouvement interdépartemental 2021

Ce formulaire, dûment complété, doit être adressé par le demandeur à la DIV1D (**DSDEN 22 – DIV1D – 8 bis rue des Champs de Pies – CS 22369 – 22023 SAINT-BRIEUC CEDEX 01**) qui le transmet au médecin des personnels référent de votre secteur. A ce document doit être joint un courrier expliquant la situation ainsi que les pièces justificatives (Bénéficiaire de l'obligation d'emploi - BOE, tous les **justificatifs médicaux** attestant que la mutation sollicitée améliorera les conditions de vie de la personne handicapée ; s'agissant d'un enfant souffrant d'une maladie grave, toutes les pièces concernant le suivi médical notamment en milieu hospitalier spécialisé) **avant le 8 décembre 2020, délai de rigueur.**

Pour information
- **Docteur GOYEC Laurence** – circonscriptions de Guingamp nord et Lannion - Tél. 02 98 49 40 24 - Collège Saint Pol Roux - 40 rue de Bruxelles - 29200 BREST
- **Docteur LE COZ Annie** – circonscriptions de Saint-Brieuc, Lamballe, Dinan, Guingamp sud, Paimpol et Loudéac – Tél. 02.96.75.91.45 – Direction académique des Côtes d'Armor – 8 bis, rue des Champs de Pies – CS 22369 – 22023 St-Brieuc Cedex 1

NOM d'USAGE : .....Prénom: .....

NOM PATRONYMIQUE.....Né(e) le .....

Adresse personnelle .....

Téléphone ou adresse mail : .....

Affectation actuelle.....

Majoration demandée en raison de la situation (1): ☐ de l'intéressé(e) ☐ du conjoint (e) ☐ d'un enfant à charge

Reconnaissance du handicap : Indiquer la date d'effet ou de la demande pour les dossiers en cours d'instruction par la MDPH

BOE (RQTH...) de l'intéressé(e)	BOE (RQTH...) du conjoint(e)	Handicap ou situation médicale de l'enfant âgé de moins de 20 ans au 31/08/2021

Date : **Signature de l'intéressé(e) :**

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN DES PERSONNELS
Le dossier médical (1):
☐ Répond aux critères
☐ Ne répond pas aux critères

Observations éventuelles sur l'opportunité de la mutation au titre du Handicap (amélioration ou non de la situation de la personne handicapée)

A....., le.....

Le médecin des personnels
NOM : SIGNATURE :

DECISION DU DASEN :

☐ MAJORATION ACCORDEE (1) ☐ MAJORATION REFUSEE (1)

(1) cocher la case correspondante