



**ACADÉMIE
DE RENNES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

Annexe n° 6

**MOUVEMENT DEPARTEMENTAL 2022 - DEMANDE D'ATTRIBUTION
DE LA BONIFICATION DE 800 POINTS AU TITRE DU HANDICAP**

Ce formulaire, dûment complété, doit être adressé par **l'enseignant ayant saisi dans MVT1D une demande de bonification au titre du handicap** 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 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 14 avril 2022, 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

PARTIE A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

NOM d'USAGE :

PRENOM :

NOM PATRONYMIQUE :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

TELEPHONE :

AFFECTATION ACTUELLE :

TELEPHONE :

SOLLICITE UNE MAJORATION EN RAISON DE (cocher la case correspondante) :

☐ sa propre situation médicale

☐ la situation médicale de son conjoint

☐ la situation médicale d'un enfant (de – de 20 ans au 31.08.2022)

Pour les demandes de RQTH en cours, date de dépôt de la demande auprès de la MDPH :

Affectations souhaitées dans l'ordre préférentiel :

1).....

2).....

3).....

4).....

5).....

Date:

Signature du demandeur :

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN DES PERSONNELS

NOM d'USAGE DU DEMANDEUR :

PRENOM :

RECONNAISSANCE DU HANDICAP – RQTH OU EQUIVALENT :

☐ de l'enseignant

☐ du conjoint

☐ d'un enfant

LE DOSSIER MEDICAL :

☐ REPOND AUX CRITERES

Limitation géographique imposée par la situation de soin :

- ☐ Proximité d'une structure spécifique
- ☐ Tierce personne
- ☐ Conditions spécifiques d'affectation
- ☐ Logement aménagé
- ☐ Autre

☐ NE REPOND PAS AUX CRITERES

OBSERVATIONS EVENTUELLES SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL :

- ☐ Contre-indication aux déplacements professionnels
- ☐ Indication à poste fixe ou à défaut affectation à l'année prioritaire
- ☐ Accessibilité du poste par transport en commun
- ☐ Autre

☐ AVIS FAVORABLE A LA MAJORATION

☐ AVIS DEFAVORABLE A LA MAJORATION

Observations :

Date :

Signature du médecin
des personnels