

**MOUVEMENT INTRA DEPARTEMENTAL 2022  
DEMANDE DE BONIFICATION EXCEPTIONNELLE**

Document à transmettre **accompagné des pièces justificatives** relatives à la situation de l'enseignant :  
**DSDEN de la Dordogne** – DRH – Service de gestion collective des enseignants du premier degré public  
20 rue Alfred de Musset - CS 10 013 - 24 054 PERIGUEUX cédex  
**Du vendredi 11 février au mardi 8 mars 2022 (délai de rigueur)**

Nom/Prénom :	<input type="text"/>
Etablissement d'affectation actuelle (nom + commune) :	<input type="text"/>
<b>Position</b> : Affectation :	à titre définitif <input type="checkbox"/> à titre provisoire <input type="checkbox"/>
	Entrant suite au mouvement national <input type="checkbox"/>
	Réintégration (suite à CLD, disponibilité, congé parental, détachement ...) <input type="checkbox"/>
	Préciser : .....
Adresse personnelle :	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>
<b>SOLLICITE UNE BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP (cocher la case correspondante)</b>	
Fonctionnaire titulaire en situation de handicap BOE	<input type="checkbox"/>
Conjoint en situation de handicap BOE	<input type="checkbox"/>
Enfant bénéficiaire de l'allocation de l'enfant handicapé (AEEH)	<input type="checkbox"/>
Enfant présentant une pathologie grave, nécessitant des soins continus	<input type="checkbox"/>

**LES DOSSIERS ARRIVES HORS DELAIS OU INCOMPLETS NE SERONT PAS INSTRUITS.  
AUCUN RAPPEL DE PIECES COMPLEMENTAIRES NE SERA EFFECTUE PAR  
L'ADMINISTRATION.**

**Vu et pris connaissance, le (date) :**

**Signature :**

**PIÈCES A FOURNIR :**

Veillez cocher, sur la liste, les documents que vous joignez à votre dossier :

Toutes les pièces à caractère médical **sont à adresser, à l'attention du médecin de prévention, sous pli cacheté portant la mention « confidentiel ».** Il est indispensable d'écrire vos **NOM/PRENOM** sur l'enveloppe.

**NB :** Seul le médecin en prend connaissance afin de respecter le secret médical.

PIÈCES A FOURNIR pour la bonification 2 BONIFICATION EXCEPTIONNELLE		Réservé à l'usage exclusif du médecin de prévention	OUI	NON
		Observations éventuelles		
<input type="checkbox"/>	<b>La pièce attestant que l'enseignant ou son conjoint rentre dans le champ du bénéfice de l'obligation d'emploi (BOE)</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Les travailleurs reconnus handicapés (RQTH).			
<input type="checkbox"/>	Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire.			
<input type="checkbox"/>	Les titulaires d'une pension d'invalidité à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain.			
<input type="checkbox"/>	Les anciens militaires et assimilés titulaires d'une pension d'invalidité.			
<input type="checkbox"/>	Les titulaires de la carte d'invalidité délivrée par la Commission des droits et de l'autonomie, à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80% ou qui a été classée en 3 <sup>ème</sup> catégorie de la pension d'invalidité de la sécurité sociale.			
<input type="checkbox"/>	Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité pour les sapeurs-pompiers volontaires.			
<input type="checkbox"/>	Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés.			
<input type="checkbox"/>	Un justificatif de reconnaissance du handicap pour l'enfant à charge.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PIECES MEDICALES A TRANSMETTRE, SOUS PLI CONFIDENTIEL, A L'ATTENTION DU MEDECIN DE PREVENTION</b>				
<input type="checkbox"/>	Un certificat médical récent et détaillé du médecin <b>généraliste</b> ou <b>spécialiste</b> précisant la nature de la maladie et des difficultés ou incapacités qu'elle entraîne dans l'exercice des fonctions.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tous les justificatifs attestant que le ou les postes sollicités amélioreront les conditions de vie de la personne en situation de handicap.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	S'agissant d'un enfant non reconnu handicapé mais souffrant d'une maladie grave, toutes les pièces concernant le suivi médical notamment en milieu hospitalier spécialisé.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déposé/ Envoyé le : Nom – Prénom et signature de l'enseignant :		Reçu le : Signature du médecin de prévention :		