

**DPES 3**  
**Demande de bonification au titre du Handicap**  
**Année : 2019**  
**MOUVEMENT INTRA-ACADEMIQUE**

RÉGION ACADÉMIQUE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE

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

**À retourner**

**pour le 5 avril 2019 au Médecin Conseiller Technique du Recteur, Dr Frédéric LEBOT**

24, avenue Georges Brassens – CS 71003 – 97443 Saint-Denis cedex 9 ☎ : 02 62 73 19 32 – Fax 02 62 73 19 35

**(Partie à remplir par l'usager)**

**S I T U A T I O N   P E R S O N N E L L E**

Nom d'usage : ..... Prénom : .....  Célibataire  
 Nom patronymique : .....  Marié (e)  
 Né(e) le : ..... Commune : .....  Pacsé (e)  
 Adresse : .....  Concubinage  
 .....  Divorcé (e)  
 .....  Veuf (ve)  
 Code Postal : ..... Commune de résidence : ..... ☎ : .....  
 Nbre d'enfants à charge : ..... Profession du conjoint : .....  
 Email : ..... Lieu du travail : .....

**S I T U A T I O N   A D M I N I S T R A T I V E**

Corps ou Grade : ..... Discipline : .....  
 Établissement d'affectation au 01/09/2018: .....  
 Ville d'affectation (quartier): .....  
 Commune d'affectation : .....  
 Situation actuelle :  
 Titulaire du poste     Titulaire exerçant des fonctions de remplacement     Stagiaire  
 Affectation provisoire : .....  Autre situation, précisez : .....  
 Commune : .....

**Avez-vous constitué un tel dossier de demande de bonification au titre du mouvement interacadémique 2019 :**     Oui     Non

**Souhait(s) d'affectation:** (établissements, communes, groupement de communes) :

- ..... - .....  
 - ..... - .....  
 - ..... - .....  
 - ..... - .....

**A V I S   M É D I C A L**

*Partie à remplir par le médecin conseiller technique du recteur ou le médecin de prévention.*

**Reconnaissance du handicap :**

RQTH (ou assimilée) candidat	RQTH (ou assimilée) conjoint	Recon.Hand. enfant

**Le dossier médical :**

Statut handicap ou maladie grave	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
L'état de santé ou le handicap de l'agent ou de ses proches nécessitent impérativement une prise en charge médicale dans un autre lieu géographique que celui du lieu d'exercice (offre de soins spécifique)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le mouvement permettrait des conditions de travail plus adaptées pour l'agent du fait de son handicap ou de sa maladie grave Cf. accessibilité aux locaux, aménagements de poste, etc.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**Observations éventuelles :**

.....  
 .....

Avis :  Favorable     Défavorable     Ne relève pas du domaine médical    Le Médecin Conseiller Technique du Recteur

Dr Frédéric LE BOT

**A V I S   D U   R E C T E U R**

Fait à Saint-Denis, le ..... Signature