

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ATTRIBUTION
DE LA BONIFICATION DE 800 POINTS AU TITRE DU HANDICAP**

Cette annexe doit être adressée à la division du 1^{er} degré **pour le 31 mars 2026** par voie postale uniquement (DSDEN 22 – DIV1D – 8 bis, rue des Champs de Pies – CS 22369 – 22023 SAINT-BRIEUC CEDEX 01) **sous double enveloppe** :

- La première enveloppe comprendra les appendices 1, 3 ainsi qu'une seconde enveloppe fermée
- Cette dernière enveloppe, contenant l'appendice 2 et vos justificatifs médicaux, portera les mentions « confidentiel médical » et « mouvement départemental » ainsi que vos nom et prénom

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 31.08.2026)

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

PRECISIONS SUR LE LIEU OU LA ZONE DONT LE CANDIDAT SOUHAITE SE RAPPROCHER

Désignation d'une commune ou d'une zone géographique :
.....

EXPLICATIONS SUR CE CHOIX :

- Résidence familiale du conjoint Lieu de scolarité de l'enfant Résidence professionnelle
- Zone de soins Autre motif :

Date :

Signature du demandeur

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN REFERENT DE L'EDUCATION NATIONALE**NOM ET PRENOM DU DEMANDEUR :****RECONNAISSANCE DU HANDICAP – RQTH OU EQUIVALENT :** de l'enseignant
enfant du conjoint d'un**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 référent

