

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE BONIFICATION HANDICAP

Mouvement intra académique 2023  
 Retour à la Direction des personnels enseignants DPE  
 Au plus tard le vendredi 4 mai 2023  
[ce.dpegestco2@ac-martinique.fr](mailto:ce.dpegestco2@ac-martinique.fr)

Nom d'usage :	Nom de naissance :
Prénom :	Date de naissance : /___/___/____/
Titulaire <input type="checkbox"/>	Stagiaire <input type="checkbox"/>
Etablissement d'affectation ou de rattachement :	
Corps :	Discipline :
Adresse de l'agent :	
Commune de soins ( <i>joindre justificatifs</i> ) :	
Demande de rapprochement du ( <i>cochez la case concernée</i> )	
Domicile <input type="checkbox"/>	Lieu de soins <input type="checkbox"/>
Personne au titre de laquelle la bonification est demandée : intéressé(e) <input type="checkbox"/> - conjoint(e) <input type="checkbox"/> - enfant <input type="checkbox"/>	
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé :	
Date d'obtention : /___/___/____/	Date de fin : /___/___/____/
<i>(joindre justificatifs)</i>	

A ....., le /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/

Signature de l'intéressé(e) :

<b>Avis médecin de prévention</b>	
Le dossier médical	
Répond aux critères <input type="checkbox"/>	Ne répond pas aux critères <input type="checkbox"/>
Observations éventuelles sur les conditions de travail :	
Avis favorable <input type="checkbox"/>	Avis défavorable <input type="checkbox"/>

A ....., le /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/

Cachet et visa du médecin de prévention