

FORMULAIRE DE DEMANDE DE BONIFICATION POUR SITUATION SOCIALE OU MEDICALE GRAVE

Annexe 5

Mouvement intra départemental 1^{er} degré 2024
Retour SOUS PLI CONFIDENTIEL accompagné des pièces justificatives
pour le 23 avril 2024 – Délai impératif – à :

Rectorat de Martinique – Service Médical
Pôle Technologique de Kerlys – 5 rue Saint Christophe
97200 FORT DE FRANCE
Courriel : spante@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 :			
Circonscription :		Fonctions :	
Adresse de l'agent :			
Demande de mutation : Pour raisons médicales : <input type="checkbox"/>		Pour raisons sociales : <input type="checkbox"/> Pour raisons médicales et sociales : <input type="checkbox"/>	
Commune de soins (joindre justificatifs) :			
Demande de rapprochement du (cochez la case concernée)			
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 : / ____ / ____ / ____ /	
(joindre justificatifs)			

A, le / ____ / ____ / ____ /

Signature de l'intéressé(e) :

Avis médecin de prévention	
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