

FORMULAIRE DE DEMANDE DE BONIFICATION HANDICAP

Annexe 4

Mouvement intra départemental 1^{er} degré 2025
Retour SOUS PLI CONFIDENTIEL accompagné des pièces justificatives
pour le 14 avril 2025 – Délai impératif – à :

Rectorat de Martinique – Service Médical
Pôle Technologique de Kerlys – 5 rue Saint Christophe
97200 FORT DE FRANCE

Courriel : spsante@ac-martinique.fr

Nom d'usage :	Nom de naissance :
Prénom :	Date de naissance : / ____ / ____ / ____ /
Titulaire ☐	Stagiaire ☐
Etablissement d'affectation ou de rattachement :	
Circonscription :	Fonctions :
Adresse de l'agent :	
Commune de soins (joindre justificatifs) :	
Demande de rapprochement du (cochez la case concernée)	
Domicile ☐	Lieu de soins ☐
Personne au titre de laquelle la bonification est demandée : intéressé(e) ☐ - conjoint(e) ☐ - enfant ☐	
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 ☐	Ne répond pas aux critères ☐
Observations éventuelles sur les conditions de travail :	
Avis favorable ☐	Avis défavorable ☐

A, le / ____ / ____ / ____ /

Cachet et visa du médecin de prévention