

FORMULAIRE DE DEMANDE DE BONIFICATION POUR SITUATION SOCIALE OU MEDICALE GRAVE

Annexe 5

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 : spante@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 :			
Demande de mutation : Pour raisons médicales : ☐		Pour raisons sociales : ☐ Pour raisons médicales et sociales : ☐	
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