

**NOTICE DE RENSEIGNEMENTS A JOINDRE A TOUTE DEMANDE DE
BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP**

Nom-Prénom

Date de naissance

Situation de famille

Nombre et âge des enfants à charge

Adresse personnelle

Code postal Commune

N° téléphone Adresse mail

Affectation actuelle

Stagiaire Titulaire Affectation à titre définitif Affectation à titre provisoire

DEMANDE DE BONIFICATION :

à titre personnel au titre d'un conjoint au titre d'un enfant

POSITION ACTUELLE :

Activité Congé Maladie Ordinaire Congé Longue Maladie Congé Longue Durée

Disponibilité Autres : (à préciser)

MOTIFS DE LA NECESSITE MEDICALE D'UNE MUTATION ET DES SOUHAITS D'AFFECTION :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à

Le

Signature :

**Certificat médical confidentiel
à compléter par le médecin traitant généraliste
ou spécialiste du patient**

**réservé à l'usage exclusif du médecin conseiller technique
ou du médecin de prévention
en faveur des personnels de l'académie de Montpellier**

document soumis au secret professionnel
article 226-13 du Code Pénal

Nom d'usage..... Prénom.....
Nom de naissance..... Date de naissance.....
Adresse.....
.....
.....

Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap :

Histoire de la ou des pathologies invalidantes :

Date de début des troubles :

Origine, circonstance d'apparition :

compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Description clinique actuelle :

Evolution prévisible :

Traitements, prises en charges thérapeutiques :

Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires)

Prises en charge régulières :

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charges paramédicales régulières
- Autre (préciser)

Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient :

Certificat médical établi le :

Signature et cachet du médecin