



**MOUVEMENT DÉPARTEMENTAL DES ENSEIGNANTS DU PREMIER DEGRÉ – RENTRÉE SCOLAIRE 2024**

---

**FORMULAIRE À DESTINATION DU MÉDECIN DE PREVENTION**

**À retourner pour le vendredi 1<sup>er</sup> mars 2024 délai de rigueur**

*Avant de renseigner ce formulaire, lire attentivement la note départementale de Majoration exceptionnelle du barème au titre du handicap en date du 6 février 2024*

NOM : .....PRÉNOM : .....

Date de naissance : ..... NUMEM : .....

Adresse électronique : ..... TÉLÉPHONE : .....

**Motif de la demande de bonification exceptionnelle :**

- Vous** êtes bénéficiaire de l'obligation d'emploi (**BOE**) ;
- Votre **conjoint** est bénéficiaire de l'obligation d'emploi (**BOE**) ;
- Votre **enfant** est bénéficiaire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (**AEEH**) ;
- Votre **enfant** souffre d'une **maladie grave**.

**Composition du dossier à transmettre exclusivement par mail au service médical :**

**[dsden33-dossiermed-1d@ac-bordeaux.fr](mailto:dsden33-dossiermed-1d@ac-bordeaux.fr)**

- Présent formulaire** de demande de majoration exceptionnelle dûment rempli ;
- Lettre motivée** expliquant la demande et la corrélation entre le handicap et l'affectation sollicitée (préciser en quoi l'affectation améliorera les conditions de vie de la personne handicapée) ;
- Copie des notifications de la MDPH (RQTH en cours de validité, RQTH du conjoint en cours de validité, AEEH en cours de validité, etc.) ;
- Carte d'invalidité ou de pension telle que définie par la loi du 11/02/2005 ;
- Justificatifs concernant la reconnaissance d'une maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10% et titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité ;
  
- Formulaire à destination du médecin du travail de demande de majoration exceptionnelle ;
- Copie des pièces médicales attestant de la pathologie, du rythme du suivi de la pathologie, du traitement pris, etc. ;
- Copie des certificats médicaux (récents) attestant de la pathologie et du suivi médical ;
- Copie des comptes rendus hospitaliers ou de consultations d'un spécialiste, de radiologies, d'ordonnances. ;
- Concernant un enfant non reconnu handicapé mais souffrant d'une pathologie grave : tous les documents relatifs au suivi médical de l'enfant ;
- Tout justificatif attestant que l'affectation demandée garantira une amélioration de la situation de la personne handicapée.

---

DOSSIER MÉDICAL MUTATION CONCERNANT LA DEMANDE DE MAJORATION  
EXCEPTIONNELLE AU TITRE DU HANDICAP  
Mouvement des personnels enseignants du 1<sup>er</sup> degré - public - de la Dordogne

À mettre sous pli confidentiel - Article 226-13 du Code Pénal

---

NOM Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tel :

Fonction exercée :

Ancienneté de service (AGS) :

Date d'entrée dans le département :

Affectation actuelle :

Vœux envisagés :

