



**ACADÉMIE  
DE TOULOUSE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## ANNEXE 6

**Direction des personnels enseignants**  
DPE

Affaire suivie par :  
Claire Moras  
Tél : 05 36 25 74 66  
Mél : [claire.moras@ac-toulouse.fr](mailto:claire.moras@ac-toulouse.fr)

75, rue Saint Roch CS 87703  
31077 TOULOUSE Cedex 4

### Notice à renseigner

|                                                            |           |                                                                               |
|------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bonification au titre du handicap | <b>ou</b> | <input type="checkbox"/> Bonification au titre d'une situation médicale grave |
|------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|

Cette annexe renseignée doit être accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- ☐ la reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH) si elle a été accordée ;
- ☐ un certificat médical récent, sous pli confidentiel, décrivant la pathologie (dont vous souffrez ou souffre votre conjoint(e) ou votre enfant), précisant les limitations et gênes fonctionnelles qui en découlent ainsi que les traitements nécessaires ;
- ☐ une lettre expliquant votre situation et vos choix de mutation.
- ☐ la copie de la liste des vœux de mutation

L'ensemble du dossier est à envoyer **au plus tard le 7 avril 2026 midi**, cachet de la poste faisant foi, directement au :

**Docteur ARNAUD Alexandra  
Médecin Conseiller Technique du Recteur  
SAMIS (Mouvement Second degré)  
75 rue Saint Roch – CS 87703  
31077 Toulouse Cedex 4**

courrier électronique : [medecin@ac-toulouse.fr](mailto:medecin@ac-toulouse.fr)

Attention : Tout dossier envoyé après le 7 avril 2026 midi ne sera pas étudié.

**NOTICE A RENSEIGNER POUR DEPOSER UN DOSSIER :**☐ Au titre du handicap☐ Au titre d'une situation médicale grave

Personne pour laquelle la bonification est demandée :

☐ L'enseignant(e)☐ Le conjoint☐ Un enfant à charge

Corps/Grade : .....

Discipline : .....

Stagiaire : oui ☐non ☐

Nom d'usage de famille : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Situation familiale : .....

Nombre d'enfants : ..... Date de naissance des enfants : .....

Profession du ou de la conjoint(e) / Employeur : .....

Adresse personnelle : .....

Commune : ..... Code postal : .....

N° de téléphone : ..... Courriel : .....

Titulaire :

- Affectation à titre définitif ☐
- Titulaire de zone de remplacement ☐
- Affectation à titre provisoire ☐

(Dans ce cas, localisation du poste dont vous êtes titulaire) : .....

Année d'entrée dans l'éducation nationale : ..... Date de nomination dans le poste actuel : .....

Affectation actuelle (nom de l'établissement/commune/département) : .....

Position actuelle :

- Activité ☐
- Congé de maladie ordinaire ☐
- CLM ou CLD ☐
- Disponibilité ☐

Fait à .....

, le .....

Signature