



**ACADÉMIE
DE TOULOUSE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ANNEXE 4

**Direction des personnels enseignants
DPE**

Affaire suivie par :
Bertrand DUCASSE
Tél : 05 36 25 74 66
Mél : bertrand.ducasse@ac-toulouse.fr

75, rue Saint Roch CS 87703
31077 TOULOUSE Cedex 4

Objet : Bonification au titre du handicap – Notice à renseigner

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 ;
- un lettre manuscrite expliquant votre situation et vos choix de mutation.

L'ensemble du dossier est à adresser **pour le 31 mars 2021**, cachet de la poste faisant foi, directement au :

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

ou par courrier électronique sur l'adresse : medecin@ac-toulouse.fr

Attention : Tout dossier arrivé incomplet ou posté après le 31 mars 2021 ne sera pas étudié.

NOTICE A RENSEIGNER POUR DEPOSER UN DOSSIER AU TITRE DU HANDICAP

Personne pour laquelle la bonification au titre du handicap est demandée :

- L'intéressé(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