

Formulaire de demande de Bonification au Titre du Handicap

Mutation départementale des enseignants du premier degré des Yvelines

Rectorat de
Versailles

SMIS
3, Bd de
Lesseps
78017
Versailles
cedex
01.30.83.46.71

Références : Lignes Directrices de Gestion n° MENH2428666X du 22-10-2024 (publiée au Bulletin officiel spécial n° 5 du 22 octobre 2024) relative à la mobilité des personnels du ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports

Liste des pièces à fournir :

- 1) Une lettre de demande explicative (retentissement sur la vie sociale et professionnelle)
- 2) Un certificat médical explicatif récent (moins de 6 mois) d'un spécialiste ou du médecin traitant (histoire de la maladie et/ou du handicap, diagnostic, traitements, retentissement sur la vie sociale et professionnelle).
- 3) La pièce justificative du statut de BOE – Pour les RQTH la notification est obligatoire (la preuve de dépôt à la MDPH ne suffit pas).
- 4) Pour les enfants, un dossier médical documenté.
- 5) La fiche de renseignement ci-après dûment complétée

Date limite de retour du dossier : vendredi 11 avril 2025

Les agents sollicitant cette bonification doivent renvoyer l'ensemble des pièces justificatives listées ci-dessous **PAR VOIE POSTALE** au Service Médical Infirmier et Social au plus tard le **VENDREDI 11 AVRIL 2025** :

Rectorat de Versailles
à l'attention du **Docteur Laurence MACKOWIAK-BEL**
SMIS-ASH - 3, bd de Lesseps
78017 Versailles cedex

Afin de traiter au mieux votre demande, merci de nous retourner le dossier dans les meilleurs délais.

RENSEIGNEMENTS À REMPLIR PAR L'AGENT (EN LETTRES CAPITALES)

Nom – Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Né(e) le : _____

Adresse personnelle : _____

☎ : _____ adresse mail : _____

Poste actuel : _____

Stagiaire

Titulaire du poste (préciser) _____

Affectation exceptionnelle à l'année (préciser) _____

Autre (préciser) _____

Avez-vous déjà obtenu une affectation ou une mutation pour raisons médicales :

Si oui, à quelle date : _____ et dans quel département : _____

Renseignements Familiaux :

Célibataire marié (e) vie maritale PACS divorcé (e) veuf (ve)

Profession du conjoint : _____

Lieu d'exercice professionnel du conjoint : _____

Pourront bénéficier d'un avis médical prioritaire :

1 - Les agents reconnus BOE

2 - Les conjoints reconnus BOE

3 - Les enfants handicapés (ayant un dossier à la MDPH) ou présentant une pathologie grave nécessitant des soins continus en milieu hospitalier spécialisé



La situation des ascendants et des fratries n'est pas prise en compte.

Votre situation concerne :

Vous-même : reconnu BOE : OUI NON

Votre conjoint : reconnu BOE : OUI NON

Votre enfant (âge au 31/08/2025 : _____) : a un dossier MDPH : OUI NON

OUTRE LA CONSTITUTION DE CE DOSSIER MÉDICAL

**N'OUBLIEZ PAS DE FORMULER VOS VŒUX
SUR LE SERVEUR SIAM**

ET DE SIGNALER VOTRE DEMANDE DE BONIFICATION VIA LA PLATEFORME COLIBRIS.