

Annexe 7 : Fiche de demande de bonification au titre du handicap

Concernant la demande de bonification handicap (500 points), deux envois devront être effectués :

1. Formulaire n°1 - Envoi au médecin du travail (page 2 à 5) :

Le formulaire destiné au médecin du travail devra être retourné, accompagné du pli confidentiel, **directement au médecin du travail.**

Il conviendra d'adresser votre courrier au service médical du rectorat de Besançon - 10, rue de la Convention, 25030 BESANÇON, à l'**attention du Docteur Mathilde VANDEL - Médecin du travail** ou par courriel à l'adresse suivante ce.sante@ac-besancon.fr et de joindre les pièces suivantes :

- le formulaire n° 1 de demande de bonification au titre du handicap complété,
- les derniers comptes-rendus détaillés concernant votre état de santé,
- la copie de votre RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé), si vous en êtes bénéficiaire.

Ces documents devront parvenir au médecin du travail **pour le 18 avril 2025 au plus tard**. Il est conseillé d'effectuer votre envoi au plus tôt, afin que le médecin du travail réceptionne votre dossier dans les délais.

Toute demande incomplète ou transmise hors délai ne sera pas traitée.

2. Formulaire n°2 - Envoi à la DSDEN- Division du premier degré (page 6) :

L'attestation de transmission d'une demande de bonification au titre du handicap n°2 devra être transmise au service de la division du premier degré **par courriel à l'adresse suivante** ce.dsden39.mvtintra@ac-besancon.fr

Cet envoi devra intervenir **avant le 18 avril 2025**.

Formulaire n°1 : MEDECIN DU TRAVAIL

La demande doit être transmise **au plus tard le 18 avril 2025**

L'attention des personnels est attirée sur le fait que les dossiers incomplets ou parvenant après la date limite de dépôt des dossiers ne seront pas instruits.

Nom : Prénom :

Né(e) le :

Adresse personnelle :

N° téléphone :

Courriel professionnel :

Situation actuelle :

- en activité
 en poste adapté
 inapte à ses fonctions
 en CMO en CLM en CLD
 en disponibilité

Situation familiale :

- Marié(e) Pacsé(e) Célibataire/Concubin(e) Divorcé(e)
 Priorité demandée en raison de la situation
 de l'intéressé(e) du conjoint d'un enfant à charge

Reconnaissance du handicap :

- RQTH de l'enseignant RQTH du conjoint
 Autres cas prévus par la loi du 11 février 2005 à préciser:

Ou prise en compte de la situation d'un enfant de moins de 20 ans en situation de handicap ou ayant une pathologie de gravité exceptionnelle :

- enfant de moins de 20 ans (au 31/08/2025) pris en charge par la MDPH au titre du handicap
 enfant de moins de 20 ans (au 31/08/2025) malade non connu de la MDPH

Vœu(x) :

Vœu 1	
Vœu 2	
Vœu 3	
Vœu 4	
Vœu 5	

Vœu 6	
Vœu 7	
Vœu 8	
Vœu 9	
Vœu 10	
Vœu 11	
Vœu 12	
Vœu 13	
Vœu 14	
Vœu 15	
Vœu 16	
Vœu 17	
Vœu 18	
Vœu 19	
Vœu 20	
Vœu 21	
Vœu 22	
Vœu 23	
Vœu 24	
Vœu 25	
Vœu 26	
Vœu 27	
Vœu 28	
Vœu 29	
Vœu 30	
Vœu 31	
Vœu 32	
Vœu 33	
Vœu 34	
Vœu 35	
Vœu 36	
Vœu 37	
Vœu 38	
Vœu 39	
Vœu 40	

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN DU PERSONNEL

Le dossier médical :

Répond aux critères et la bonification de 500 points est accordée sur le ou les vœux suivants (merci de préciser le ou les numéros de vœu) :

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

Répond aux critères mais la bonification de 500 points est refusée sur le ou les vœux suivants car ces vœux n’améliorent pas les conditions de vie de la personne handicapée ou de l’enfant dans une situation de maladie grave (merci de préciser le ou les numéros de vœu):

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

Ne répond pas aux critères et la majoration est refusée pour l’ensemble des vœux pour le(s) motif(s) suivant(s) :

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

A, le

Le médecin du personnel,

NOM :
SIGNATURE

Formulaire n°2 : DSDEN – Division du 1^{er} degré

Le présent document doit impérativement transmis **au plus tard le 18 avril 2025.**

Je soussigné(e) né(e) le :
affecté(e) à

certifie avoir transmis un dossier de demande de bonification handicap (500 points) pour le mouvement départemental 2024 conformément aux modalités précisées en page 1.

Par ailleurs, j'informe mon service de gestion des ressources humaines que :

je suis, à titre personnel, bénéficiaire de l'obligation d'emploi (cf. article L. 5212-13 du code du travail) et je joins au présent document un justificatif en cours de validité afin de bénéficier de la bonification handicap de 3 points ;

je ne suis pas, à titre personnel, bénéficiaire de l'obligation d'emploi et donc je ne peux pas bénéficier de la bonification handicap de 3 points ;

j'ai entrepris des démarches pour obtenir à titre personnel un des justificatifs me permettant d'attester que je suis dans l'une des situations citées à l'article L. 5212-13 du code du travail et je suis informé(e) que ce justificatif ne pourra être pris en compte dans le cadre du mouvement départemental 2025 pour la bonification handicap de 3 points que s'il est transmis à mon service de gestion des ressources humaines avant le 18 avril 2025.

Rappel : L. 5212-13 du code du travail

Bénéficiaire de l'obligation d'emploi instituée par l'article L. 5212-2 :

1° Les travailleurs reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;

3° Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;

4° Les bénéficiaires mentionnés à l'article L. 241-2 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ;

5° Les bénéficiaires mentionnés aux articles L. 241-3 et L. 241-4 du même code ;

6° Abrogé ; /7° Abrogé ; /8° Abrogé ;

9° Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;

10° Les titulaires de la carte " mobilité inclusion " portant la mention " invalidité " définie à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles ;

11° Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés

Fait le / / A

Signature de l'intéressé(e) :