



FORMULAIRE DE DEMANDE DE MAJORATION EXCEPTIONNELLE AU TITRE DU HANDICAP

Dès que possible et en tout état de cause pour le 24 avril 2024 avant 12H00 :

- Transmettre un exemplaire avec les pièces justificatives au médecin du travail
ET
- Transmettre uniquement une copie du présent formulaire
à la DSDEN de l'Allier / division du personnel

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

COURRIEL : TELEPHONE :

ADRESSE PERSONNELLE : ;.....

SITUATION FAMILIALE :

ENFANTS A CHARGE (NOM - PRENOM – DATE DE NAISSANCE) :

-
-
-

Je demande une majoration de 100 points dans le cadre du mouvement départemental 2024.

Ma situation est la suivante :

- Je suis bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE)
Justificatif à joindre obligatoirement
- Mon conjoint est bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE)
Justificatif à joindre obligatoirement
- J'ai un enfant handicapé ou gravement malade (Nom – Prénom) :
Justificatif à joindre obligatoirement : notification MDPH ou certificat médical détaillé

Fait àle/...../2024

Signature

Pensez à consulter régulièrement votre messagerie IProf et votre messagerie professionnelle de type prénom.nom@ac-clermont.fr . C'est essentiellement par ces biais que les communications liées aux opérations du mouvement seront diffusées.

AVIS DU MEDECIN DE PREVENTION SUR UNE MAJORATION A 100 POINTS AU TITRE DU HANDICAP

- Avis favorable sur le(s) vœu(s) N°.....
- Avis défavorable

Nom et signature du Médecin du travail

DECISION DE MADAME LA DIRECTRICE ACADEMIQUE

- Avis favorable sur le(s) vœu(s) N°.....
- Avis défavorable