



**ACADÉMIE
DE NORMANDIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de l'Eure

MOUVEMENT DÉPARTEMENTAL DES ENSEIGNANTS DU 1^{ER} DEGRÉ

- ANNEXES 16 – 16bis

**FORMULAIRE DE
DEMANDE DE BONIFICATION
AU TITRE DU HANDICAP**

ET

**ATTESTATION DE TRANSMISSION
D'UNE DEMANDE DE BONIFICATION
AU TITRE DU HANDICAP**

ANNEXE 16

**DEMANDE DE BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP
 MOUVEMENT INTRADEPARTEMENTAL DES ENSEIGNANTS
 RENTRÉE 2025**

À compléter et à transmettre sous pli cacheté à l'adresse suivante :

Rectorat de l'académie de Normandie – service médecine préventive –
 25 rue de Fontenelle
 76037 ROUEN Cedex 1

pour le lundi 28 avril 2025, délai de rigueur

**La procédure concerne les personnels titulaires, stagiaires,
 leur conjoint bénéficiaire de l'obligation d'emploi, ainsi que la situation d'un enfant
 reconnu handicapé ou malade.**

**L'objectif de la bonification qui pourra être accordée aux personnels
 est d'améliorer significativement les conditions de vie de l'agent handicapé.**

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Union libre

Enfants à charge :

Corps / Grade :

Situation administrative actuelle : En activité Congé parental Disponibilité Autre

Établissement d'exercice :

Adresse personnelle :

Mél : Tél :

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et/ou bénéficiaire de l'obligation d'emploi
(joindre un justificatif) - loi du 11 février 2005 :

De l'intéressé(e) Du conjoint D'un enfant à charge

Indiquer ci-dessous la commune et la nature du poste de chaque vœu formulé (adjoint, remplaçant, directeur,...) :

1 -	17 -	33 -	49 -
2 -	18 -	34 -	50 -
3 -	19 -	35 -	51 -
4 -	20 -	36 -	52 -
5 -	21 -	37 -	53 -
6 -	22 -	38 -	54 -
7 -	23 -	39 -	55 -
8 -	24 -	40 -	56 -
9 -	25 -	41 -	57 -
10 -	26 -	42 -	58 -
11 -	27 -	43 -	59 -
12 -	28 -	44 -	60 -
13	29	45	
14	30	46	
15	31	47	
16 -	32 -	48 -	

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN DU PERSONNEL

Le dossier médical :

répond aux critères

ne répond pas aux critères

Observations éventuelles sur l'opportunité d'obtenir un des postes demandés et au titre du handicap :

A Le

Le médecin du personnel

NOM :

Signature

ANNEXE 16BIS

MOUVEMENT INTRA-DEPARTEMENTAL DE L'EURE – RS2025

ATTESTATION DE TRANSMISSION AU MEDECIN DE PREVENTION

D'UNE DEMANDE DE BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP

Le présent document doit être transmis par voie électronique à l'adresse suivante :

dsden27-diper1@ac-normandie.fr le **28 avril 2025 au plus tard.**

Je soussigné(e)né(e) le :

Affecté(e) à

Certifie avoir transmis un dossier de demande de bonification handicap pour le mouvement intra-départemental de l'Eure – rentrée scolaire 2025 conformément aux modalités précisées dans l'annexe 16.

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

je suis, à titre personnel, bénéficiaire de l'obligation d'emploi et je joins au présent document un justificatif en cours de validité afin de bénéficier de la bonification handicap le cas échéant ;

je ne suis pas, à titre personnel, bénéficiaire de l'obligation d'emploi ; dans ce cas, je précise le bénéficiaire :

- ◇ enfant de moins de 20 ans au 31 août de l'année N ,
- ◇ conjoint.(joindre le justificatif)

Fait le / /2025

Signature de l'intéressé(e)