



**ACADÉMIE  
DE NORMANDIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

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

---

# **MOUVEMENT DÉPARTEMENTAL DES ENSEIGNANTS DU 1<sup>ER</sup> 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  
RENTÉE 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](mailto: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)