

	FORMULAIRE RELATIF À UNE DEMANDE D'ATTRIBUTION DE LA BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP OU D'UNE SITUATION MÉDICALE GRAVE	<input type="checkbox"/> AU TITRE DU HANDICAP (RQTH)
		<input type="checkbox"/> AU TITRE D'UNE SITUATION MÉDICALE GRAVE

Ce document, dûment complété, doit être adressé directement au médecin à l'adresse suivante :

Le médecin conseiller du Recteur Service Médical Académique Rectorat de Rennes 96 rue d'Antrain – CS 10503 35705 RENNES cedex 7

Il doit être accompagné du dossier de majoration de barème au titre de la priorité « handicap ».

Partie 1 : Identité et vœux

Identité :

Nom d'usage : Nom Patronymique :

Prénom :

Date de naissance : /_/_ /_/_ /_/_/_/_

Adresse de résidence actuelle :

Ligne 1 :

Ligne 2 :

Code Postal : Ville :

Affectation actuelle

Corps / Discipline :

Situation actuelle : Titulaire Stagiaire TZR ATP

Nom de l'établissement :

Code Postal : Ville :

Souhaits et vœux :

Je souhaite :

- Changer de lieu de travail Me rapprocher de mon domicile Obtenir un poste fixe Intégrer l'Académie

Vœux :

Vœux 1 :

Vœux 2 :

Vœux 3 :

Sollicite la bonification au titre de la situation de santé :

Sa propre situation de santé

La situation de santé de son conjoint ou conjointe Nom : Prénom :

La situation d'un enfant à charge Nom : Prénom :
Date de naissance : /_/_ /_/_ /_/_/_/_

Partie 2 : Domicile

Cochez ou complétez les cases si après si elles vous concernent

Je vis seul(e)..... Oui Non

Je vis avec quelqu'un..... Oui Non

Je suis marié(e) / pacsé(e)..... Oui Non

J'ai un ou des enfant(s)..... Oui Non

Nombre d'enfant(s)..... /_/_

Nombre d'enfant(s) ayant une maladie grave ou RQTH..... /_/_

Je vis dans :

Une maison de plain-pied..... Oui Non

Une maison avec étage..... Oui Non

Un appartement..... Oui Non

Autre (préciser) :

J'ai accès à un ascenseur pour pouvoir accéder aux étages..... Oui Non

----- *La partie ci-dessous est à compléter par la personne déposant le dossier :* -----

Je dirais que ma qualité de vie est améliorée:

En vivant dans mon domicile actuel Oui Non

En vivant avec les occupants actuels de mon domicile..... Oui Non

Grâce aux équipements matériels de mon domicile..... Oui Non

Grâce à l'environnement social (amis, famille, voisins) de mon domicile..... Oui Non

Grâce à la taille de mon domicile (nombre de pièces, m2 total, jardins)..... Oui Non

Grâce à l'environnement urbain de mon domicile (transports, isolement ou non, verdure, accessibilité)..... Oui Non

A la maison je m'occupe de :

Des tâches ménagères (ménage, cuisine, ...) à..... /_/_/_/ %

Des tâches relatives à ou aux enfants (devoirs, école, soins, ...) à..... /_/_/_/ %

Je partage mes tâches..... Oui Non

Si Oui, avec qui ?.....

Je m'occupe seul de certaines taches : Oui Non

Si Oui, préciser :

-----*La partie ci-dessous est à compléter par la personne concernée par la situation de santé si elle est différente de la personne déposant le dossier*-----

Je dirais que ma qualité de vie est améliorée:

En vivant dans mon domicile actuel Oui Non

En vivant avec les occupants actuels de mon domicile..... Oui Non

Grâce aux équipements matériels de mon domicile..... Oui Non

Grâce à l'environnement social (amis, famille, voisins) de mon domicile..... Oui Non

Grâce à la taille de mon domicile (nombre de pièces, m2 total, jardins)..... Oui Non

Grâce à l'environnement urbain de mon domicile (transports, isolement ou non, verdure, accessibilité)..... Oui Non

A la maison je m'occupe de :

Des tâches ménagères (ménage, cuisine, ...) à..... /_/_/_/ %

Des tâches relatives à ou aux enfants (devoirs, école, soins, ...) à..... /_/_/_/ %

Je partage mes tâches..... Oui Non

Si Oui, avec qui ?.....

Je m'occupe seul de certaines taches : Oui Non

Si Oui, préciser :

Partie 3 : Lieu de Travail

Je me rends au travail seul par mes propres moyens..... Oui Non

Je me rends au travail à :

A pied..... Oui Non

A vélo..... Oui Non

En transports en commun..... Oui Non

En voiture..... Oui Non

Autre (préciser) :

Pour aller au travail, il me faut /_/_/_/ minutes

Pour rentrer du travail, il me faut..... /_/_/_/ minutes

J'ai un aménagement matériel de mon poste de travail..... Oui Non

J'ai tout le temps la même salle de classe..... Oui Non

Je change de salle de classe..... Oui Non

Je dois monter des escaliers..... Oui Non

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Les conditions de travail actuelles me conviennent..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| L'équipement matériel disponible me convient..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| L'emploi du temps actuel me convient..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Le volume horaire actuel me convient..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| L'équipe de travail actuelle me convient..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je bénéficie d'un aménagement de mon emploi du temps | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je bénéficie d'un allègement de service..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je bénéficie d'un temps partiel thérapeutique..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je bénéficie d'un temps partiel de droit..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| J'ai été en arrêt de travail sur l'année scolaire 2023-2024...
Plus d'un mois..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| J'ai été en arrêt de travail sur l'année scolaire 2022-2023
Plus d'un mois..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Partie 4 : Suivi Médical

NB: Pour cette partie, des justificatifs sont à joindre au dossier pour chaque réponse positive

La situation de santé pour laquelle le dossier médical est déposé a-t-elle les éléments suivants ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Il y a une RQTH (en cours ou équivalent)..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Année d'obtention de la RQTH | / / / / / | |
| Année de début de la pathologie..... | / / / / / | |

La personne est suivie pour sa pathologie..... Oui Non

Par son médecin traitant..... Oui Non

- | | |
|--|---|
| Code postal..... | Ville :..... |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par mois |
| <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par trimestre | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par semestre |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par an | |

Par un médecin spécialiste..... Oui Non

- Spécialiste 1 (préciser la spécialité)
- | | |
|--|---|
| Code postal..... | Ville :..... |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par mois |
| <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par trimestre | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par semestre |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par an | |

- Spécialiste 2 (préciser la spécialité)
- | | |
|--|---|
| Code postal..... | Ville :..... |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par mois |
| <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par trimestre | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par semestre |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par an | |

- Spécialiste 3 (préciser la spécialité)
- | | |
|--|---|
| Code postal..... | Ville :..... |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par mois |
| <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par trimestre | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par semestre |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par an | |

Spécialiste 4 (préciser la spécialité)

Code postal.....

Ville :.....

Au moins 1 fois par semaine

Au moins 2 fois par mois

Au moins 2 fois par trimestre

Au moins 2 fois par semestre

Au moins 1 fois par an

Spécialiste 5 (préciser la spécialité)

Code postal.....

Ville :.....

Au moins 1 fois par semaine

Au moins 2 fois par mois

Au moins 2 fois par trimestre

Au moins 2 fois par semestre

Au moins 1 fois par an

Préconisations

A compléter par le médecin référent

Type de transport à privilégier :

Pied

Vélo

Voiture

Transport en commun

Temps de trajet maximum : /_/_/_/ minutes

Type d'aménagement recommandé :

Horaire :

.....

.....

Matériel :

.....

.....

Equipe :

.....

.....

.....

.....

Autres préconisations éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature et cachet du médecin :

Date :

Signature de l'agent :