ACADÉMIE DE DIJON
Liberté
Égalité
Fraternité

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

ANNEXE 10

DEMANDE DE BONIFICATION DE BAREME DE 150 POINTS « AU TITRE DU HANDICAP »
$ V.1.2 de la note départementale

MOUVEMENT INTRADEPARTEMENTAL 1er degré
RENTREE 2026

la demande doit être transmise au médecin du travail au plus tard le : **06/05/2026**

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 : ……..……@ac-dijon.fr

Affectation actuelle et modalité (TPD ou PRO) ……

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)

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 31/08/2026) pris en charge par la MDPH au titre du handicap
☐ enfant de moins de 20 ans (au 31/08/2026) malade non connu de la MDPH

Description des vœux formulés (proximité, niveaux…) :

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

Motivation :

En quoi la mutation sollicitée améliorera-t-elle les conditions de vie de la personne en situation de handicap ou de l'enfant dans une situation de maladie grave ?

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

*Les demandes de priorité de mutation au titre du handicap étant **étudiées exclusivement sur dossier**, il importe de répondre précisément à cette question en indiquant notamment le lien entre la pathologie, l'accessibilité aux soins et les contraintes géographiques qui résultent de l'état de santé (comme par exemple accès à une structure ou à un protocole spécifique de soins spécialisés, nécessité d'aménagements de l'habitat…). Le médecin du travail sera éventuellement amené à prendre contact avec l'agent pour des précisions complémentaires.*

Fait le / / **Signature de l'intéressé(e) :**
A

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN DU TRAVAIL

Le dossier médical :

□ Répond aux critères □ Ne répond pas aux critères

Observations éventuelles sur l'opportunité de la mutation au titre du handicap (amélioration des conditions de vie de la personne handicapée par le biais d'une mutation) **:**

A ……, le …….

Le médecin du travail.

NOM : **SIGNATURE**

Attention, en cas d'envoi par courrier, vous devez transmettre les pièces médicales dans une sous-enveloppe fermée portant la mention « Pièces médicales - confidentiel »

Département	Modalités de transmission des pièces justificatives liées à la santé	Adresse postale d'envoi le cas échéant
089-YONNE	Par courrier au secrétariat du médecin du travail ou par e-mail : **ce.medprev@ac-dijon.fr**	RECTORAT de l'académie de Dijon Service médecine du travail 2G, rue Général Delaborde 21000 DIJON