

MOUVEMENT INTRA-DEPARTEMENTAL – RENTREE SCOLAIRE 2026

FORMULAIRE DE DEMANDE DE BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP

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 4 mai 2026, 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)

Enfants à charge :

Corps / Grade :

Situation administrative actuelle : En activité Congé parental Disponibilité Autre

Affectation 2025-2026: à titre définitif à titre provisoire avec participation obligatoire au mouvement 2026

Nom et adresse de l'école :

Poste occupé : adjoint directeur remplaçant autre

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 de moins de 20ans au 31/08/2026

Indiquer ci-dessous la commune et la nature du poste de chaque vœu formulé dans MVT1D (adjoint, remplaçant, directeur,...) :

Exemples : vœu 1 poste d'adjoint école maternelle Molière Elbeuf / vœu 2 poste de remplaçant rattaché à l'école Dauphine Le Havre.

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

**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 :

dscen76-dipe-mvt@ac-normandie.fr pour le 4 mai 2026 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 la Seine-Maritime – rentrée scolaire 2026, conformément aux modalités précisées dans la note de service départementale du mouvement 2026.

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

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 2026

conjoint

Fait le

Signature de l'intéressé(e)