



DEMANDE DE BONIFICATION EXCEPTIONNELLE AU TITRE DU HANDICAP
Mouvement intra départemental 2025
À retourner après visa de l'IEN à la
DSDEN des Alpes-Maritimes – SERVICE DIPE II - Au plus tard le 24 janvier 2025

NOM :	PRENOM :
Date de naissance :	
Adresse personnelle :	
N° de Téléphone :	mél :

1. Situation actuelle :

- en poste en poste adapté
 en CMO en CLM en CLD

Affectation :

2. Demande motivée par :

- le handicap de l'agent le handicap du conjoint
 le handicap de l'enfant la maladie grave de l'enfant

3. Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé :

- Oui depuis le : date d'échéance :
 Demande en cours auprès de la MDA (à transmettre à la DIPE II dès obtention)

4. Précisez en quoi le changement d'affectation améliorerait les conditions de vie :

5. Secteurs géographiques et natures de support envisagés :

Date et signature:

Visa de l'inspecteur chargé de circonscription

Observations éventuelles :

Date et signature :

Adresse de renvoi : DSDEN des Alpes-Maritimes, DIPE II
53 Av. Cap de Croix, 06 181 Nice Cedex 2
Pièces à fournir : certificats médicaux sous pli confidentiel