

**FICHE 1 – DECLARATION DE DEMANDE DE MAJORATION EXCEPTIONNELLE
DE BAREME AU TITRE DU HANDICAP**



Ce formulaire est à renvoyer au plus tard le **MERCREDI 8 DECEMBRE 2021** accompagné de la confirmation de changement de département, par mail à : ce.ia91.mvt1dg@ac-versailles.fr

ATTENTION : ne pas oublier de retourner le **DOSSIER HANDICAP** avec toutes les pièces justificatives par email à : ce.ia91.medecindespersonnels@ac-versailles.fr ou par courrier **sous pli confidentiel aux médecins de prévention du département de l'Essonne** (DSDEN, Service médical du personnel - Boulevard de France 91000-Evry-Courcouronnes)

Bonification demandée pour : L'enseignant : /_/_/ Son conjoint : /_/_/ Son enfant : /_/_/

(Cocher la case utile - Joindre la pièce attestant que vous entrez dans le champ du bénéfice de l'obligation d'emploi (BOE))

1 – L'ENSEIGNANT (BOE)

Nom d'usage suivi, le cas échéant, du nom patronymique

Prénom :

Né(e) le /_/_/ /_/_/ /_/_/ à

Établissement d'affectation 2021/2022 :

Circonscription :

2 - LE CONJOINT (BOE)

Nom d'usage suivi, le cas échéant, du nom patronymique

Prénom :

Né(e) le /_/_/ /_/_/ /_/_/ à :

Adresse personnelle

Profession :

Adresse de l'employeur

3 - LES ENFANTS A CHARGE (au regard des droits à prestations familiales)

Nom et prénom, suivis de la date de naissance :

1^{er} enfant : /_/_/ /_/_/ /_/_/

2^{ème} enfant : /_/_/ /_/_/ /_/_/

3^{ème} enfant : /_/_/ /_/_/ /_/_/

4^{ème} enfant : /_/_/ /_/_/ /_/_/

Etablissements scolaires actuellement fréquentés :

CERTIFIE EXACT : à

le

signature (suivie du nom de l'enseignant)