**FICHE 3** – **DECLARATION DE DEMANDE DE MAJORATION EXCEPTIONNELLE DE BAREME AU TITRE DU HANDICAP**

Ce formulaire est à renvoyer accompagné de la confirmation de changement de département au plus tard



 **Le** **16** **DECEMBRE 2020**

**par Mail à :** **ce.ia91.mvt1dg@ac-versailles.fr**

|  |
| --- |
| **ATTENTION : NE PAS OUBLIER DE RETOURNER LE DOSSIER HANDICAP AVEC TOUTES LES PIECES JUSTIFICATIVES par mail à** **ce.ia91.medecindespersonnels@ac-versailles.fr****ou par courrier SOUS PLI CONFIDENTIEL AUX MEDECINS DE PREVENTION DU DEPARTEMENT DE L’ESSONNE (DSDEN-Sce Médical du Personnel- Boulevard de France 91012 - EVRY-COURCOURONNES CEDEX)** |

**Bonification demandée : (Cocher la case utile)**

**Joindre la pièce attestant que vous entrez dans le champ du bénéfice de l’obligation d’emploi (BOE)**

* **Pour l’enseignant : /\_\_/**
* **Pour son conjoint : /\_\_/**
* **Pour son enfant  : /\_\_/**

**1 – L’ENSEIGNANT**

**Nom** d’usage suivi, le cas échéant, du nom patronymique : …………………………………………………………………..

**Prénom** : ……………………………………………………………………………………………………..

Né(e) le **/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/** **/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/**  à : .............................................................................

**Établissement d’affectation 2020-2021 :**  ……………………………………………………………

**Circonscription** : ………………………………………………………………………………………....

**2 - LE CONJOINT**

**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 :

1er enfant : ........................................................................................ **/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/** **/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/**

2ème enfant : .................................................................................... **/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/**

3ème enfant : .................................................................................... **/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/**

4ème enfant : ................................................................................... **/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/**

Etablissements scolaires actuellement fréquentés :

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CERTIFIE EXACT** : |
|  | **à :** ...................................................... |
|  | **le** ..................................................... |
|  | (signature suivie du nom de l’enseignant) |