



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE MAJORATION EXCEPTIONNELLE DE BAREME  
MOUVEMENT DEPARTEMENTAL 2026**

**FORMULAIRE À DESTINATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

**À retourner pour le dimanche 15 février 2026 délai de rigueur à l'adresse suivante : dsden33-  
dossiermed-1d@ac-bordeaux.fr**

*Avant de renseigner ce formulaire, lire attentivement la note départementale de Majoration exceptionnelle du barème au titre du handicap en date du 4 décembre 2023*

NOM : .....PRÉNOM : .....

Date de naissance : .....

Adresse électronique : ..... TÉLÉPHONE : .....

**Motif de la demande de bonification exceptionnelle :**

- ☐ Vous êtes bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) ;
- ☐ Votre conjoint est bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) ;
- ☐ Votre enfant est bénéficiaire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ;
- ☐ Votre enfant souffre d'une maladie grave.

**Composition du dossier à transmettre :**

- ☐ Présent formulaire de demande de majoration exceptionnelle dûment rempli
- ☐ Lettre motivée expliquant la demande et la corrélation entre le handicap et l'affectation sollicitée (préciser en quoi l'affectation améliorera les conditions de vie de la personne handicapée)
- ☐ Copie des notifications de la MDPH (RQTH en cours de validité, RQTH du conjoint en cours de validité, AEEH en cours de validité, etc.)\*
- ☐ Carte d'invalidité ou de pension telle que définie par la loi du 11/02/2005\*
- ☐ Justificatifs concernant la reconnaissance d'une maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10% et titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité\*

**Sous plis confidentiel\*\* :**

- ☐ Copie des pièces médicales attestant de la pathologie, du rythme du suivi de la pathologie, du traitement pris, etc.
- ☐ Copie des certificats médicaux (récents) attestant de la pathologie et du suivi médical
- ☐ Copie des comptes rendus hospitaliers ou de consultations d'un spécialiste, de radiologies, d'ordonnances
- ☐ Concernant un enfant non reconnu handicapé mais souffrant d'une pathologie grave : tous les documents relatifs au suivi médical de l'enfant
- ☐ Tout justificatif attestant que l'affectation demandée garantira une amélioration de la situation de la personne handicapée

\* Un seul de ces trois documents est nécessaire pour considérer la demande éligible

\*\* Liste indicative, il n'est pas nécessaire de disposer de tous les documents listés pour déposer votre demande.

DOSSIER MÉDICAL MUTATION CONCERNANT LA DEMANDE DE MAJORATION  
EXCEPTIONNELLE  
AU TITRE DU HANDICAP

Mouvement des personnels enseignants du 1<sup>er</sup> degré - public - de la Gironde

À mettre sous pli confidentiel - Article 226-13 du Code Pénal

---

NOM Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tel :

Fonction exercée :

Ancienneté de service :

Date d'entrée dans le département :

Affectation actuelle :

Vœux envisagés :

- Situation familiale (enfants et date de naissance) :

- [illegible]