

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN PARTICULIER AU TITRE DU HANDICAP (RQTH) OU RAISON MEDICALE

Enseignants demandant la majoration

NOM d'usage : Prénom :

NOM de famille : Né(e) le

Adresse Actuelle :

.....

Affectation actuelle :

Tél : Mèl (académique uniquement) :

Reconnaissance du handicap (RQTH) : Oui Non

Date d'effet ou date du dépôt de la demande pour les dossiers en cours d'instruction par la Maison
Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) :

Raison médicale : Oui Non

Date : Signature de l'intéressé(e)

Partie Réservee au Médecin de Prévention des Personnels

Le dossier médical

Répond aux critères

Ne répond pas aux critères

**Observations éventuelles sur l'opportunité de la mutation au titre du handicap ou de la raison
médicale** : (Amélioration ou non sur la situation de la personne)

Date :

Signature et cachet du Médecin