



FORMULAIRE DE DEMANDE DE MAJORATION EXCEPTIONNELLE AU TITRE DU HANDICAP

Dès que possible et en tout état de cause pour le 16 avril 2025 avant 23H59 :

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

COURRIEL : TELEPHONE :

ADRESSE PERSONNELLE : ;

SITUATION FAMILIALE :

ENFANTS A CHARGE (NOM - PRENOM – DATE DE NAISSANCE) :

-
-
-

Je demande une majoration de 100 points dans le cadre du mouvement départemental 2025.

Ma situation est la suivante :

- Je suis bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE)
Justificatif à joindre obligatoirement
- Mon conjoint est bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE)
Justificatif à joindre obligatoirement
- J'ai un enfant handicapé ou gravement malade (Nom – Prénom) :
Justificatif à joindre obligatoirement : notification MDPH ou certificat médical détaillé

Fait àle/...../2025

Signature

Pensez à consulter régulièrement votre messagerie IProf et votre messagerie professionnelle de type prénom.nom@ac-clermont.fr . C'est essentiellement par ces biais que les communications liées aux opérations du mouvement seront diffusées.

AVIS DU MEDECIN DU TRAVAIL SUR UNE MAJORATION A 100 POINTS AU TITRE DU HANDICAP

Avis favorable sur le(s) vœu(s) N°

Avis défavorable

Nom et signature du Médecin du travail

DECISION DE MADAME LA DIRECTRICE ACADEMIQUE

Majoration exceptionnelle sur le(s) vœu(s) N°

Pas de majoration exceptionnelle