



**DEMANDE DE BONIFICATION EXCEPTIONNELLE AU TITRE DU HANDICAP  
Mouvement intra départemental 2021**

**À retourner après visa de l'IEN à la DIPE 2 (à l'attention de Mme SALMON) -  
DSDEN des Alpes-Maritimes - Au plus tard le 25 janvier 2021**

**NOM :**

**PRENOM :**

Date de naissance :

Adresse personnelle :

N° de Téléphone :

mél :

**1. Situation actuelle :**

- en poste       en poste adapté  
 en CMO       en CLM       en CLD

Affectation : .....

**2. Demande motivée par :**

- le handicap de l'agent       le handicap du conjoint  
 le handicap de l'enfant       la maladie grave de l'enfant

**3. Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé :**

- Oui      depuis le :      date d'échéance :  
 Demande en cours auprès de la MDPH (à transmettre à la DIPE 2 dès obtention)

**4. Précisez en quoi le changement d'affectation améliorerait les conditions de vie :**

**5. Secteurs géographiques et natures de support envisagés :**

Date et signature:

---

Visa de l'inspecteur chargé de circonscription

Observations éventuelles :

Date et signature :

**Adresse de renvoi : DSDEN des Alpes-Maritimes, DIPE 2 (à l'attention de Mme SALMON),  
53 Av. Cap de Croix, 06 181 Nice Cedex 2  
Pièces à fournir : certificats médicaux sous pli confidentiel**