

FORMULAIRE DEMANDE DE BONIFICATION MEDICALE OU SOCIALE

La date limite de retour est fixée au **17 avril 2023**, délai de rigueur, par courriel uniquement : mouvement.dsden94@ac-creteil.fr

Lire attentivement et respecter scrupuleusement les consignes indiquées dans le *nota bene* ci-dessous pour la transmission des documents

Tout dossier adressé hors délai ou incomplet ne sera pas traité et systématiquement rejeté

Bonification médicale

Bonification sociale

LE CANDIDAT

Nom d'usage suivi, le cas échéant,

du nom patronymique - Prénom :

Né(e) le /_/_/ /_/_/ /_/_/ à :

Situation de famille : _____

Adresse personnelle : _____

Téléphone : _____

Affectation actuelle : _____

PERSONNE POUR LAQUELLE LA BONIFICATION EST DEMANDEE

L'intéressé(e)

Le conjoint (marié ou partenaire de PACS)

Un enfant à charge

Nom et prénom, suivis de la date de naissance

Enfant /_/_/ /_/_/ /_/_/

NB : Les justificatifs sont à fournir sous pli confidentiel cacheté pour le service médical

CERTIFIE EXACT : à _____ le _____

Signature suivie du nom du candidat :

Bonifications médicales – bonification sociale : pièces justificatives à fournir : Se référer à l'annexe 2 Barème -Tableau des priorités légales et bonifications