

**ANNEXE V**

**MOUVEMENT INTRADEPARTEMENTAL**

**Rentrée scolaire 2021**

Demande de bonification **médicale ou sociale**

**Date limite de retour : 11 avril 2021, délai de rigueur, par courriel uniquement au bureau 277 (service du mouvement) de la DSDEN 94 (**[**mouvement.dsden94@ac-creteil.fr**](mailto: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**

**DSDEN du Val-de-Marne – DRHM – Bureau 277 - 70 avenue du Général de Gaulle –**

**94011 CRETEIL CEDEX**

**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 III