

 **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****)**

**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 chargeNom et prénom, suivis de la date de naissanceEnfant ……………………………………………………………………. /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/**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