

### **FICHE 3 – DECLARATION DE DEMANDE DE MAJORATION EXCEPTIONNELLE DE BAREME AU TITRE DU HANDICAP**

Ce formulaire est à renvoyer, au médecin des personnels du premier degré de la DSDEN de l'Essonne, accompagné des pièces justificatives au plus tard **le 21 avril 2021**

**Bonification demandée pour :**

L'enseignant : /\_/\_/

Joindre la pièce attestant que vous entrez dans le champ du bénéfice de l'obligation d'emploi (BOE)

Son conjoint : /\_/\_/

Son enfant : /\_/\_/

**1 – L'ENSEIGNANT**

Nom d'usage suivi, le cas échéant, du nom de famille - **Prénom** :

.....

Né(e) le /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ à : .....

Circonscription : .....

Établissement d'affectation 2020-2021 : .....

**2 - LE CONJOINT**

Nom d'usage suivi, le cas échéant, du nom de famille - **Prénom** :

.....

Né(e) le /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ à : .....

Adresse personnelle .....

.....

Profession : .....

Adresse de l'employeur .....

.....

**3 - LES ENFANTS A CHARGE** (au regard des droits à prestations familiales)

Nom et prénom, suivis de la date de naissance :

1er enfant ..... /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

2ème enfant ..... /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

3ème enfant ..... /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

4ème enfant ..... /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

Établissements scolaires actuellement fréquentés :

.....

.....

**VU** : Le directeur académique  
des services de l'Éducation nationale

**CERTIFIE EXACT** :

à .....

le .....

(signature suivie du nom de l'enseignant)