

FORMULAIRE BONIFICATIONS

**A renvoyer à la DPE : mouvement1d83@ac-nice.fr au plus tard le
30 avril 2020**

Tout dossier incomplet ou hors délais ne sera pas traité

NOM D'USAGE :	NOM DE FAMILLE :		
PRENOM :			
Ecole :	Circonscription :		
Affectation :	à titre provisoire <input type="checkbox"/>	à titre définitif <input type="checkbox"/>	Téléphone :
Courriel :			

TYPE DE PRIORITE/BONIFICATION	PIECES A FOURNIR
RAPPROCHEMENT DE CONJOINT <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Copie du livret de famille, ou du PACS (situation familiale établie au plus tard le 31/12/2019) Attestation de moins de 3 mois justifiant de la résidence d'exercice professionnel du conjoint
RAPPROCHEMENT AVEC LE DETENTEUR DE L'AUTORITE PARENTALE CONJOINTE <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Copie du livret de famille Copie de la décision de justice relative au mode de garde de l'enfant Attestation de domicile de l'enfant
PARENT ISOLE <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Copie du livret de famille Lettre de motivation et toute pièce justificative
SITUATION DE HANDICAP <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Notification MDPH (agent, conjoint, enfant) Courrier indiquant brièvement les éléments motivant votre demande de mutation
EXERCICE DANS QUARTIERS URBAINS DIFFICILES ou ZONE RENCONTRANT DES DIFFICULTES PARTICULIERES DE RECRUTEMENT <input type="checkbox"/>	Uniquement pour les agents exerçant en RASED et les Titulaires secteur : déclaration des services effectués depuis les 3 dernières années visée par l'IEN de circonscription
MESURE DE CARTE SCOLAIRE <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Copie du courrier individualisé notifiant la mesure de carte scolaire
NOMINATION A TITRE PROVISOIRE OU INTERIM DE DIRECTION <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Copie de l'arrêté de nomination ou attestation d'intérim établie par votre IEN
REINTEGRATION DE CLD <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Copie de la demande de réintégration Avis du médecin de prévention requis
REINTEGRATION DE CONGE PARENTAL <input type="checkbox"/>	Néant
REINTEGRATION DE DETACHEMENT <input type="checkbox"/>	Néant