



MOUVEMENT INTRA DÉPARTEMENTAL 2023

Annexe 4 : FORMULAIRE DE DEMANDE DE BONIFICATION (à l'initiative de l'agent)

Nom : .....

Affaire suivie par :  
Abdou ZIADY

Prénom : .....

Téléphone :  
02 69 61 33 91

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Adresse postale : .....

Courriel :  
[dep@ac-mayotte.fr](mailto:dep@ac-mayotte.fr)  
[mvt1d@ac-mayotte.fr](mailto:mvt1d@ac-mayotte.fr)

Mail personnel : .....

Mail professionnel : .....

Site Internet :  
<http://www.ac-mayotte.fr>

Je suis en situation de :

Adresse :  
BP 76  
97 600 MAMOUDZOU

: RC (rapprochement de conjoint)


: PI (parent isolé)

: APC (autorité parentale conjointe)

: Handicap [BOE] (ou mon conjoint, ou mon enfant)

: Situation médicales     : Situation sociales

**Pièces à fournir selon les différentes situations énoncées ci-dessus :**


**RC** : photocopie du livret de famille ou extrait de naissance des enfants, attestation du PACS, attestation de la résidence professionnelle du conjoint, certificat de scolarité pour les enfants de moins de 18 ans ou tout document permettant à l'administration d'examiner la demande.  **Les conjoints demandeurs d'emploi ne sont pas pris en compte.**

**PI & APC** : photocopie du livret de famille ou extrait des naissances des enfants (moins de 18 ans), photocopie de la décision de justice dans l'intérêt de l'enfant et tout document permettant à l'administration d'examiner la demande.

**Handicap (BOE : Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi « loi du 11 février 2005 »)** : attestation de reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH), les titulaires de la carte d'invalidité etc. et tout document permettant à l'administration d'examiner la demande.

**Situation sociale** : il conviendra de prendre contact **directement avec l'assistante sociale** en s'adressant au pôle social du rectorat ([polesantesocial@ac-mayotte.fr](mailto:polesantesocial@ac-mayotte.fr)).

**Situation médicale** : il conviendra de prendre contact **directement avec le bureau en charge des affaires médicales** du rectorat ([affaires.medicales@ac-mayotte.fr](mailto:affaires.medicales@ac-mayotte.fr)).

**Il est impératif de transmettre le formulaire accompagné des pièces justificatives au plus tard le 31 mars 2023. Passé ce délai, aucune demande ne sera traitée.  Toute demande incomplète sera automatiquement rejetée et les situations relatives aux demandes de RC, APC et PI ne sont pas cumulables.**

Date :

Signature :