MINISTÈRE
DES ARMÉES
Liberté
Égalité
Fraternité

DELEGATION NATIONALE
HANDICAP

FORMULAIRE DE RECENSEMENT (1)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : H ☐ F ☐

Service d'affectation (en toutes lettres) :

Mail :

Délégué handicap régional (DHR)
david.michaud-grosbenoit@intradef.gouv.fr
Tél : 04 22 42 30 33
ou Relais handicap (RHa) de proximité
@intradef.gouv.fr
Tél :
(à contacter en cas de difficulté pour remplir cet imprimé)
Indiquer coordonnées mail et téléphone du DHR ou RHa avant insertion dans dossier d'accueil

Catégorie statutaire :

Fonctionnaire A ☐ B ☐ C ☐ Ouvrier d'État ☐ Agent sous contrat ☐
Apprenti ☐
Ordre administratif ☐ Ordre technique ☐ Paramédical ☐

☐ Je n'appartiens à aucune des 22 catégories ci-après
☐ J'appartiens à l'une des 22 catégories ci-après
☐ Je n'appartiens pas à l'une des catégories ci-après **mais je souhaite engager une démarche au titre de la catégorie n°** :

Merci de cocher votre type de recrutement ainsi que la (ou les) catégorie(s) auxquelles vous appartenez (joindre les justificatifs correspondants) :

☐ **Recrutement au titre de l'article L352-4 du Code Général de la Fonction Publique (ex article 27)**
☐ **Recrutement suite à concours ou recrutement sans concours**
☐ **Recrutement sans concours**
☐ **Recrutement en tant que contractuel**
☐ **Recrutement en tant qu'apprenti**
☐ **Déclaration en cours de carrière**

1 ☐ Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) délivrée par la MDPH et par la caisse primaire d'assurance maladie

2 ☐ Titulaire de la carte mobilité inclusion (CMI) **mention Invalidité**, délivrée par la MDPH (anciennement carte d'invalidité)

3 ☐ Titulaire de l'allocation aux adultes handicapées (AAH) délivrée par la MDPH

4 ☐ Fonctionnaire titulaire d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle

5 ☐ Titulaire d'une rente d'incapacité permanente d'au moins 10 % suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle (hors ATI)

6 ☐ Titulaire d'une pension d'invalidité à condition que l'invalidité de l'intéressé réduise au moins de 2/3 sa capacité de travail ou de gain

7 ☐ Ancien militaire, titulaire d'une pension militaire d'invalidité (PMI)

8 ☐ Fonctionnaire reconnu, par suite d'altération de son état physique, inapte à l'exercice de ses fonctions, et dont le poste de travail a été adapté

(1) La déclaration n'est pas obligatoire et reste à l'appréciation de l'agent

➡ Tournez SVP

☐ **Recrutement au titre des emplois réservés (articles L241-2 à L241-4 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)**

Fournir arrêté de nomination en qualité de fonctionnaire stagiaire **et** un document d'éligibilité justifiant de la catégorie (justificatif ancien militaire et/ou titre de pension si ancien militaire avec PMI, etc.)

Article L241-2

9 ☐ Invalide titulaire d'une pension militaire d'invalidité (PMI) en raison de blessures reçues ou de maladies contractées ou aggravées dans le cadre du service au cours des guerre, des expéditions déclarées campagnes de guerre ou des opérations extérieures

10 ☐ Victime civile de guerre

11 ☐ Sapeur-pompier volontaire titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service

12 ☐ Victime d'un acte de terrorisme

13 ☐ Personne soumise à un statut législatif ou réglementaire ayant subi, dans le cadre de ses fonctions professionnelles au service de la collectivité ou de ses fonctions électives au sens du code électoral, une atteinte à son intégrité physique, a contracté ou vu s'aggraver une maladie en service ou à l'occasion du service et se trouve dans l'incapacité permanente de poursuivre son activité professionnelle

14 ☐ Personne ayant exposé sa vie, ayant contribué à une mission d'assistance à personne en danger et subi une atteinte à son intégrité physique ou ayant contracté ou ayant vu s'aggraver une maladie lors de cette mission, se trouve de ce fait dans l'incapacité permanente de poursuivre son activité professionnelle

Article L241-3

15 ☐ Conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin d'une personne mentionnée à l'article L.241-2 décédée ou portée disparue dans les circonstances imputables aux situations définies à cet article

16 ☐ Conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin d'une personne dont la pension relève des dispositions de l'article L.221-1

17 ☐ Militaire titulaire d'une pension militaire d'invalidité (PMI) ouvrant droit à l'une des allocations spéciales mentionnées à l'article L.131-1

18 ☐ Personne ayant la charge éducative ou financière de l'enfant mineur d'une personne mentionnée à l'article L. 241-2 ou d'un pensionné relevant des dispositions de l'article L. 221-1

Article L241-4

19 ☐ Orphelin de guerre et pupille de la Nation âgés de moins de 21 ans au moment des faits

20 ☐ Enfant âgé de moins de 21 ans au moment des faits, d'une personne mentionnée à l'article L.241-2 dont le décès, la disparition ou l'incapacité de pourvoir à ses charges de famille est imputable aux situations énumérées au même article

21 ☐ Enfant âgé de moins de 21 ans au moment des faits, de militaire dont la pension relève de l'article L. 221-1

22 ☐ Sans condition d'âge, aux enfants de personnes mentionnées aux articles 1er et 6 de la loi n° 94-488 du 11 juin 1984 relative aux rapatriés anciens membres des formations supplétives et assimilés ou victimes de la captivité en Algérie

En application de la loi n° 78-17 "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit de modification et de rectification des données qui vous concernent.

MINISTÈRE
DES ARMÉES
Liberté
Égalité
Fraternité

DELEGATION NATIONALE
HANDICAP

RÉCÉPISSÉ DU FORMULAIRE (1)

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Catégorie statutaire :

Fonctionnaire A ☐ B ☐ C ☐ Ouvrier d'État ☐ Agent sous contrat ☐ ☐
Apprenti ☐
Ordre administratif ☐ Ordre technique ☐ Paramédical ☐

Service d'affectation (en toutes lettres) :

☐ Je reconnais expressément avoir donné mon autorisation pour la saisie confidentielle, dans la base RH, des données sur ma situation de handicap ou de recrutement au titre des emplois réservés.

À

Le

Signature :

L'original du formulaire, y compris cette fiche d'autorisation, devra être transmis au délégué handicap régional du CMG de rattachement pour insertion dans le dossier matriculaire de l'agent

(1) à remplir et signer obligatoirement

En application de la loi n° 78-17 "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit de modification et de rectification des données qui vous concernent.

MINISTÈRE DES ARMÉES
Liberté
Égalité
Fraternité

DELEGATION NATIONALE HANDICAP

Déclarer son handicap

Pour bénéficier d'aides pour améliorer vos conditions de travail et connaître vos droits, prenez contact avec le réseau handicap

---

Pour contacter votre relais handicap local

SGAConnect/Info RH/Les essentiels/Handicap/Le réseau handicap

Votre délégué(e) handicap régional(e)

CMG	PERIMETRE	ADRESSES MAIL
CMG D'ARCUEIL	**Administration centrale du ministère (postes principalement Ile-de-France)**	cmg-arcueil-handicap.expert.fct@intradef.gouv.fr
CMG DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE	**Ile-de-France**	drhmd-cmg-sgl-pole-handicap.resp-rh.fct@intradef.gouv.fr
CMG DE RENNES	**Nord-Ouest**	cmg-rennes-deleguee-handicap-regionale.accueil.fct@intradef.gouv.fr
CMG DE BORDEAUX	**Sud-Ouest**	cmg-bordeaux-handicap.delegue.fct@intradef.gouv.fr
CMG DE METZ	**Hauts-de-France - Grand Est - Bourgogne-Franche-Comté**	cmg-metz.delegue.fct@intradef.gouv.fr
CMG DE LYON	**Auvergne Rhône-Alpes**	cmg-lyon-handicap.correspondant.fct@intradef.gouv.fr
CMG DE TOULON	**Sud-Est**	cmg-toulon-delegue-handicap.conseiller-rh.fct@intradef.gouv.fr