

Division de l’encadrement et des

personnels administratifs et techniques

**Annexe**

Année scolaire …...- ….... (à compléter)

**ATTRIBUTION NBI « HANDICAP »**

**I – DEMANDE DU PERSONNEL INFIRMIER**

**Je, soussigné,**

🞎 M. 🞎Mme

nom d’usage :.............................................................................................................................................

prénom : ....................................................................................................................................................

corps : ........................................................grade : ................................................................................

affectation :

🞎 100% établissement : ………………………………….………………………………………………………

ou

🞎 multi affectation (dénomination et quotité): …………………………………………….……………………

 ………………………………………………………………….

 ….………………………………………………………………

**Demande le versement de la NBI au titre du handicap (décret n° 91-1229 du 6 décembre 1991) pour l’année scolaire indiquée ci-dessus.**

Fait à..................................................le........................................(signature)

**II -** **ATTESTATION DU CHEF D'ETABLISSEMENT ET/OU DE SERVICE**

**Je, soussigné,**

**Atteste la présence dans l’établissement d’un élève au moins ayant un taux d’incapacité d’au moins 80% conformément au PPS ou PAI de l’élève**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM – Prénom du Chef d’établissement/de service | NOM de l’établissement | Date et Signature/cachet de l’établissement |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Fiche à renvoyer* ***pour le 17 octobre 2025*** *(rectorat – DIEPAT –* ce.diepat@ac-aix-marseille.fr *–* florie.potart@ac-aix-marseille.fr*)*