

1<sup>ère</sup> demande       Renouvellement

**certificat médical du médecin traitant à joindre obligatoirement à la demande**

**1. Partie à remplir par l'agent**

Je soussigné(e) .....

Adresse personnelle :

.....

Corps :

.....

Affectation :

.....

Bénéficiaire de l'obligation d'emploi :  oui     non

Quotité de travail – demande de temps partiel à : ..... %

A ....., le .....

Signature

---

**Certificat médical du médecin traitant**

(à transmettre accompagné du formulaire de demande de temps partiel pour le 25 février 2024)

Je soussigné(e), Docteur ..... certifie que l'état de santé de

M. / Mme .....

nécessite un travail à temps partiel pour raisons médicales à ..... % pour l'année scolaire du 1<sup>er</sup> septembre 2024 au 31 août 2025.

A ....., le .....

Signature et coordonnées du médecin traitant