ACADÉMIE
DE NANCY-METZ
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Vosges

Pole 1ier degré

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON DE SANTÉ INCLUANT LE CERTIFICAT MÉDICAL DU MÉDECIN TRAITANT

1. Partie à remplir par l'agent

Je soussigné(e),

Nom :……..

Prénom(s) :……

N° de sécurité sociale……..

Corps :……

Affectation :……

Adresse personnelle :……

……

……

Demande un temps partiel à : ..... % pour l'année scolaire 2023/2024

□ Première demande □ Demande de renouvellement

A, ……le……..

Signature

2. Avis du médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur……

, certifie que l'état de santé de……

nécessite un travail à temps partiel pour raison de santé

à.....% pour l'année scolaire 2023/2024

A, ……..,le……..

Signature

Coordonnées du praticien

NB: L'administration se réserve le droit de vérifier le bien-fondé de la demande auprès d'un médecin agréé.