



**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 2024-2025

Première demande

Demande de renouvellement

À,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 2024/2025

À,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.

À retourner pour le 15 mars 2024 sous couvert de l'IEN de circonscription