

**FORMULAIRE DE 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*)

Corps : Affectation :

Adresse personnelle :

.....

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

Première demande

Renouvellement

A, Le

Signature :

2. Avis du médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur, certifie que
l'état de santé de (*Nom-Prénom*),
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.*