



**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 2025-2026

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 2025/2026.

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 03 mars 2025 sous couvert de l'IEN de circonscription