

Demande d'exercer à temps partiel pour raison de santé

Année scolaire 2026/2027

☐ 1^{ère} demande ☐ Renouvellement

Certificat médical du médecin traitant à joindre obligatoirement à la demande

Je soussigné(e)

Adresse personnelle :

N° de sécurité sociale :

Enseignant(e) affecté(e) à :

Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi ☐ Oui ☐ Non

Demande un temps partiel à% pour motif médical pour l'année scolaire 2026/2027.

A, le

Signature :

Certificat médical du médecin traitant

(à transmettre accompagné du formulaire de demande de temps partiel pour **06/02/2026**)

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

M / Mme

nécessite un travail à temps partiel à% pour l'année scolaire (du 01/09/2026 au 31/08/2027).

A....., le

Signature et coordonnées du médecin traitant :

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