

Demande d'autorisation d'exercer à temps partiel

POUR RAISONS MEDICALES

année scolaire 2026-2027

☐ 1^{ère} demande ☐ Renouvellement

certificat médical du médecin traitant à joindre obligatoirement à la demande

1. Partie à remplir par l'agent

Je soussigné(e)

Adresse personnelle :

Corps :

Affectation :

Bénéficiaire de l'obligation d'emploi : ☐ oui ☐ non

Quotité de travail – demande de temps partiel à : %

A, le

Signature de l'agent

Certificat médical du médecin traitant

(à transmettre accompagné du formulaire de demande de temps partiel pour le 08 mars 2026)

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

M. / Mme

nécessite un travail à temps partiel pour raisons médicales à % pour l'année scolaire
du 1^{er} septembre 2026 au 31 août 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.