



**ACADÉMIE
DE RENNES**

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Côtes-d'Armor

Formulaire de demande de TP relevant d'une situation médicale à téléverser sur l'application Colibris et à adresser avec votre dossier sous pli confidentiel à la division du 1^{er} degré par voie postale – 8 bis rue des champs de pies CS22369 – 22023 SAINT-BRIEUC Cedex, avant le 31/03/2026.

Attention à bien indiquer vos nom et prénom sur l'enveloppe contenant les informations médicales ainsi que la mention « Demande de temps partiel »

CADRE RESERVE A L'AGENT

Demande présentée par

Nom d'usage : Prénom :
Nom de naissance : Date de naissance :
Courriel Education Nationale (prénom.nom@ac-rennes.fr) :@ac-rennes.fr
Département d'exercice : CÔTES d'ARMOR
Type (EMPU / EEPu / EPPU / Autres) et nom de l'établissement :
.....
Poste ☐ Classe ☐ Titulaire de secteur ☐ Titulaire remplaçant ☐ Autre (préciser) :
Commune : Niveau de classe :

Nature de la demande

REGIME :

- ☐ Temps partiel de droit
☐ Temps partiel sur autorisation

MOTIF :

- ☐ Situation médicale de l'agent
☐ Situation médicale concernant une personne autre que l'agent

TYPE DE PIÈCES JOINTES :

- ☐ Lettre de l'agent
☐ Certificat médical détaillant la pathologie et l'état de santé global de la personne pour laquelle le TP est sollicité
☐ Dernier(s) compte(s) rendu(s) en date du ou des spécialiste(s) selon la pathologie
☐ Autres (préciser) :
Date et signature de l'agent :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Avis du médecin conseil :

- ☐ Favorable
☐ Défavorable (motif) :

Date et signature du médecin conseiller technique :

Date de réception de l'avis du médecin conseil par la DIV1D 22 :