

Demande d'exercer à temps partiel pour raison de santé

Année scolaire 2024/2025

1^{ère} demande Renouvellement

Certificat médical du médecin traitant à joindre obligatoirement à la demande

Je soussigné(e)

Adresse personnelle :
.....
.....

N° de sécurité sociale :

Corps :

Affectation :

Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi Oui Non

Quotité de travail - Demande de temps partiel à%

A, le

Signature :

Certificat médical du médecin traitant

(à transmettre accompagné du formulaire de demande de temps partiel pour 15/02/2024

Je soussigné Dr, certifie que l'état de santé de M/Mme
..... nécessite un travail à temps partiel à% pour
l'année scolaire du 01/09/2024 au 31/08/2025.

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.