

Demande d'exercer à temps partiel pour raison de santé

Année scolaire 2025/2026

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 **06/02/2025**)

Je soussigné Dr, certifie que l'état de santé de M/Mme

..... nécessite un travail à temps partiel à% pour

l'année scolaire du 01/09/2025 au 31/08/2026.

A....., le

Signature et coordonnées du médecin traitant :