

**CERTIFICAT MÉDICAL POUR UNE DISPONIBILITE  
POUR DONNER DES SOINS A UN PROCHE**

**Objet :** Certificat médical en vue de l'obtention d'une disponibilité de droit pour donner des soins à un proche à la suite d'un accident ou d'une maladie grave ou atteint d'un handicap

**Référence :** Décret n°85-986 du 16 septembre 1985 modifié

**Partie à compléter par l'agent demandant la disponibilité**

NOM : .....

PRENOM : .....

Lien avec le proche aidé : .....

Corps :  Instituteur     Professeur des écoles titulaire     Professeur des écoles stagiaire

Date : .....

Signature :

**Partie à compléter par le médecin en charge du proche aidé**

Je, soussigné(e) docteur.....  
médecin, certifie que l'état de santé de.....  
nécessite la présence de l'enseignant.....  
pour lui donner des soins.

Fait à.....

Le : .....

**Signature originale du médecin**

**Cachet du médecin**