

**CERTIFICAT MÉDICAL POUR UN TEMPS PARTIEL DE DROIT POUR
DONNER DES SOINS A UN PROCHE**

Objet : Certificat médical en vue de l'obtention d'un temps partiel 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

Partie à compléter par l'agent demandant le temps partiel

NOM :

PRENOM :

Lien avec le proche aidé :

Corps : Instituteur Professeur des écoles titulaires Professeur des écoles stagiaires

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 que l'enseignant.....
bénéficie d'un temps partiel pour lui donner des soins.

Fait à.....

Le :

Signature originale du médecin

Cachet du médecin