

Année scolaire 2025-2026

**ANNEXE 2
A destination du SMIS**

DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL
AVIS MEDICAL

Situation de Handicap

Sur autorisation pour raison médicale

Je soussigné(e) (Prénom, NOM)

Affectation actuelle :

Commune : Circonscription :

FONCTIONS EXERCEES : Adjoint Directeur TR Stagiaire

QUOTITE ACTUELLE : %

Souhaite pour la prochaine rentrée scolaire 2025-2026, exercer mes fonctions à temps partiel :

Dans le cadre de : 1^{ère} demande Renouvellement - **Pour une quotité de :** %

Dans le cadre d'une annualisation : Oui Non

MOTIF

De Droit :

Pour situation de handicap (*Joindre impérativement une pièce justificative attestant du handicap*)

Sur Autorisation :

Pour raison médicale : l'avis du médecin de prévention est **obligatoire** et doit être sollicité par courrier accompagné des justificatifs médicaux récents et détaillés avant la transmission de la demande à la DSDEN des Yvelines.

Fait à.....le,..... Signature de l'intéressé(e)

Document à envoyer au SMIS, accompagné de tous les justificatifs médicaux à l'adresse suivante :

**Rectorat de Versailles
SMIS
Médecin des personnels
3, boulevard de Lesseps
78017 Versailles cedex.**