

**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.....

Cachet du médecin

Le :

Signature originale du médecin