

**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**