

**ATTESTATION MEDICALE**  
**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**

M/Mme : .....

Date de naissance : |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|

Lien avec le proche aidé : .....

Corps :

Instituteur     Professeur des écoles titulaire     Professeur des écoles stagiaire

Date : |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|

Signature :

**Partie à compléter par le professionnel de santé**

Je soussigné Docteur ....., certifie que l'état de santé de M/Mme .....nécessite la présence d'une tierce personne pour lui donner des soins.

Fait à .....

Le : .....

*Signature originale du médecin*

Cachet du médecin