ACADÉMIE DE VERSAILLES
Liberté Égalité Fraternité

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de l'Essonne

ANNEXE 3

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

Date : |__|__||__|__||__|__|__|__| Signature :

Partie à compléter par le professionnel de santé

Je soussigné(e) 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