

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/Mmenécessite
la présence d'une tierce personne pour lui donner des soins.

Fait à

Le :

Signature originale du médecin

Cachet du médecin