

**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
--	-------------------