

**Année scolaire 2026-2027**

**ANNEXE 2  
A destination du SMIS**

**DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL**  
**AVIS MEDICAL**

☐ **Situation de Handicap**

☐ **Sur autorisation pour raison médicale**

Je soussigné(e) (Prénom, NOM) .....

Affectation actuelle : .....

Commune : ..... Circonscription : .....

**FONCTIONS EXERCEES :**      ☐ Adjoint      ☐ Directeur      ☐ TR      ☐ Stagiaire

**QUOTITE ACTUELLE :** ..... %

**Souhaite pour la prochaine rentrée scolaire 2026-2027, exercer mes fonctions à temps partiel :**

**Dans le cadre de :** ☐ 1<sup>ère</sup> demande      ☐ Renouvellement      -      **Pour une quotité de :** ..... %

**Dans le cadre d'une annualisation :** ☐ Oui      ☐ Non

**MOTIF**

**De Droit :**

☐ Pour situation de handicap *(Joindre impérativement une pièce justificative attestant du handicap)*

**Sur Autorisation :**

☐ Pour raison médicale : l'avis du médecin de prévention est **obligatoire** et doit être sollicité par courrier accompagné **des justificatifs médicaux récents et détaillés** avant la transmission de la demande à la DSDEN des Yvelines.

Fait à.....le,..... Signature de l'intéressé(e)

Document à envoyer au SMIS, accompagné de tous les justificatifs médicaux à l'adresse suivante :

**Rectorat de Versailles  
SMIS  
Médecin des personnels  
3, boulevard de Lesseps  
78017 Versailles cedex.**