

**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.**