

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 Professeur des écoles stagiaire

Date : |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|

Signature :

Partie à compléter par le professionnel de santé

Je soussigné 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