

Année scolaire 2024-2025

**ANNEXE 3  
A destination du SMIS**

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

**A transmettre avant le 5 février 2024**

**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 2024-2025, 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.**