

DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL

AVIS MEDICAL :

- Situation de Handicap
 Sur autorisation pour raison médicale

Je soussigné(e) (NOM, Prénom)

ECOLE D'AFFECTATION ACTUELLE :

Commune : Circonscription :

FONCTIONS EXERCEES : Adjoint Directeur TR Stagiaire

QUOTITE ACTUELLE : %

Souhaite pour la prochaine rentrée scolaire 2021, exercer mes fonctions à temps partiel :

Dans le cadre de : 1^{ère} demande renouvellement -

Pour une quotité de : %

Dans le cadre de l'annualisation oui non

Une partie de l'année travaillée à 100% et l'autre partie de l'année non travaillée.

MOTIF

De droit :

Pour situation de handicap

(Joindre impérativement une pièce justificative attestant du handicap)

Sur autorisation :

Pour raisons médicales : 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)

A envoyer accompagné des justificatifs médicaux à l'adresse suivante :

Rectorat

SMIS

Médecin des personnels

3, boulevard de Lesseps

78017 Versailles cedex