



**ACADÉMIE
DE NICE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction des services départementaux
de l'Éducation nationale des Alpes-Maritimes**

**ANNEXE 1 : CERTIFICAT MEDICAL
DEMANDE DE TEMPS PARTIEL POUR DONNER DES SOINS A CONJOINT, ENFANT, OU ASCENDANT**

A retourner avec le formulaire de demande de temps partiel à votre circonscription qui le transmettra à la DSDEN des Alpes-Maritimes, bureau de la DIPE II, **avant le 31 janvier 2025**

Je soussigné(e), (nom - prénom) :

.....

Praticien hospitalier exerçant au :

.....

certifie que la présence de (nom - prénom de l'agent) :

.....

est nécessaire auprès de (nom - prénom du patient) :

.....

Son/sa :

conjoint/te

enfant

ascendant/te

Pour donner des soins suite à :

Maladie grave

Accident survenu le

.....

Fait à,

le

Signature et cachet du praticien