

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 la DSDEN des Alpes Maritimes, par voie hiérarchique, bureau 242, **avant le 10 février 2020 12h00**

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