



DEMANDE D'EXERCICE À TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION POUR RAISON DE SANTÉ POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

À retourner, accompagnée du certificat médical, par courrier recommandé avec accusé de réception
au médecin de prévention, DSDEN de la Savoie, 131 avenue de Lyon, 73018 Chambéry cedex, au plus
tard le 9 mars 2026.

NOM : Prénom :

Mail professionnel : @ac-grenoble.fr

Adresse :

Téléphone :

Votre poste pour l'année scolaire en cours :

École : Commune :

à titre définitif

à titre provisoire

en affectation annuelle

Nature du poste :

Enseignant classe élémentaire

Directeur (nb de classes :)

Chargé d'école

Enseignant classe maternelle

Enseignement spécialisé

Titulaire de secteur

Titulaire remplaçant de brigade

(indiquez votre école de rattachement dans « École »)

QUOTITÉ DEMANDÉE

75 à 83 % (hors 80 %)

QUOTITÉ DE REPLI

100 %

Fait à , le

Signature de l'intéressé(e)

Cadre réservé au service médico-social

Rendez-vous à prévoir : oui non

Date rdv :

Observations :

.....
.....
.....
.....

favorable

défavorable