

## 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