

**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 13 février 2026**

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