

DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION POUR RAISON DE SANTÉ POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

**A 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 cédex, au plus
tard le 16 février 2024**

NOM : Prénom :

Mail professionnel : @ac-grenoble.fr

Adresse :

Téléphone :

Votre poste pour l'année scolaire en cours :

Ecole : 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 brigadk (indiquez votre école de rattachement dans « Ecole »)

QUOTITE DEMANDEE

75 à 83 % (hors 80 %)

QUOTITE DE REPLI

100 %

Fait à , le

Signature de l'intéressé(e)	Cadre réservé au service médico-social
	Rendez-vous à prévoir : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date rdv : <input type="text"/> Observations : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable