

Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap (AESH)
Formulaire certificat médical de prescription d'un temps partiel thérapeutique

Le formulaire est complété par le médecin traitant de l'agent et transmis accompagné de la prescription à l'employeur

Agent :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Employeur :

CERTIFICAT MEDICAL DE PRESCRIPTION D'UN TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

Date de début :

Date de fin :

Quotité d'exercice : 50% 60% 70% 80% 90% d'un agent travaillant à temps plein

Modalités d'aménagement du temps de travail :

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

Cachet du médecin

Date et signature du médecin