

**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