

**CERTIFICAT MÉDICAL POUR UNE DISPONIBILITÉ POUR DONNER DES
SOINS A UN PROCHE**

Objet : Certificat médical en vue de l'obtention d'une disponibilité de droit pour donner des soins à un proche à la suite d'un accident ou d'une maladie grave ou atteint d'un handicap

Référence : Décret n°85-986 du 16 septembre 1985 modifié

Partie à compléter par l'agent demandant la disponibilité

NOM :

PRENOM :

Lien avec le proche aidé :

Corps : Instituteur Professeur des écoles titulaires Professeur des écoles stagiaires

Date :

Signature :

Partie à compléter par le médecin en charge du proche aidé

Je, soussigné(e) docteur.....
médecin, certifie que l'état de santé de.....
nécessite la présence de l'enseignant.....
pour lui donner des soins.

Fait à.....

Le :

Signature originale du médecin

Cachet du médecin