

Récapitulatif des pièces à fournir pour les demandes de temps partiel 2025-2026

IMPORTANT : les justificatifs de nature médicale (certificat médical, courrier relatant des données médicales...) doivent être transmis exclusivement à la médecine de prévention par courrier, sous pli confidentiel, déposé ou envoyé au rectorat à l'attention du médecin du prévention ou par mail à mdp.1d@ac-reunion.fr.

TEMPS PARTIEL DE DROIT	<p>Naissance ou Adoption</p> <p>Pour donner des soins à un conjoint, un enfant ou un ascendant</p> <p>Agent bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE)</p> <p>Congé de proche aidant pris sous forme de temps partiel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Extrait d'acte de naissance de l'enfant ou copie du livret de famille, dans le cas où ces informations n'ont pas encore été transmises au service gestionnaire ○ Un document attestant des liens de parenté ○ Un certificat médical émanant du praticien hospitalier (à renouveler tous les 6 mois) ○ S'il s'agit d'un conjoint ou d'un ascendant : copie de la carte d'invalidité ou un justificatif attestant du versement de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) ○ S'il s'agit d'un enfant atteint de handicap : document attestant du versement de l'allocation de l'enfant handicapé (AEEH) ○ Document actualisé justifiant de la qualité de travailleur BOE, dans le cas où cette information n'a pas encore été transmise au service gestionnaire ○ L'avis du médecin de prévention sera demandé par les services en temps utile ○ Déclaration sur l'honneur du lien familial avec la personne aidée ou de l'aide apportée à la personne âgée ou handicapée avec laquelle l'agent réside ou entretient des liens étroits et stables ○ Déclaration sur l'honneur précisant que l'agent n'a pas eu précédemment recours à un congé de proche aidant, ou précisant sa durée s'il y a déjà eu recours ○ Si la personne aidée est un enfant porteur de handicap à charge : décision justifiant du taux d'incapacité au moins égal à 80% ○ Si la personne aidée souffre d'une perte d'autonomie au titre du classement dans les groupes I, II et III de la grille AGGIR : copie de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION	<p>Raisons personnelles</p> <p>Création ou reprise d'entreprise</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dans le cas où les demandes pour raisons personnelles sont liées à des difficultés avérées de santé, l'avis du médecin de prévention est demandé par courrier du médecin traitant transmis, sous pli confidentiel, à la médecine de prévention par courrier ou mail à mdp.1d@ac-reunion.fr. ○ Se référer à la partie « cumul d'activité » de la circulaire ○ En cas de création d'entreprise : la description du projet envisagé, comportant les informations utiles (sur le statut, etc...) et circonstanciées permettant à l'autorité d'apprécier la demande. ○ En cas de reprise d'entreprise : l'extrait du registre du commerce et des sociétés (extraits K ou K bis) ou copie des statuts