

Prénom nom
Adresse
Code postal / Ville
N° téléphone

Nom de l'entreprise
Numéro et rue
Code postal Ville

Fait à (Ville), le (date)

Objet : demande de modification de mes jours de repos hebdomadaires

Madame / Monsieur (nom du responsable),

Je me permets de vous écrire afin de solliciter un aménagement de mes jours de repos en raison de contraintes médicales. En effet, je suis contraint(e) de suivre un traitement médical nécessitant des rendez-vous réguliers, et ceux-ci sont programmés le (indiquez les jours ou périodes spécifiques).

Dans le but de concilier ces impératifs médicaux avec mes responsabilités professionnelles, je souhaiterais pouvoir modifier mes jours de repos. Je propose, si possible, de fixer mes jours de repos hebdomadaires aux (indiquez les nouveaux jours souhaités), ce qui me permettrait de continuer à assurer mes fonctions avec le même engagement qu'auparavant.

Je joins à la présente un certificat médical attestant de la nécessité de ces rendez-vous réguliers.

Je suis bien évidemment prêt(e) à discuter de toute suggestion alternative qui pourrait convenir aux besoins de l'entreprise. Mon objectif est de trouver une solution qui soit mutuellement bénéfique, tout en garantissant la continuité de mes tâches au sein de l'équipe.

Je vous remercie par avance pour la considération que vous porterez à ma demande, et dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame / Monsieur (nom du responsable), l'expression de mes salutations distinguées.

Signature