

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

| | | | | | | | | | |
|---------------------|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom d'usage | | N° séc. sociale | | | | | | | |
| Nom | | Prénom(s) | | | | | | | |
| Filière | | Grade | | | | | | | |
| Employeur | | | | | | | | | |
| Adresse personnelle | | | | | | | | | |
| Code postal | | Ville | | | | | | | |

Demande un temps partiel thérapeutique à : %

A compter du :

Selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

Cette demande est Une première demande Un renouvellement

A, le

Signature

2. Avis du médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur, certifie que l'état de santé de

NOM Prénom(s)

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : %

A compter du

Selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

La demande est en lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle :

Oui Non

Durée préconisée (uniquement pour les accidents de service et maladies professionnelles) :

1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

Justification du temps partiel thérapeutique :

La reprise des fonctions à temps partiel thérapeutique est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du fonctionnaire

Ou

Le fonctionnaire doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé

A, le

Signature + coordonnées du praticien

3. Avis du médecin agréé

Je soussigné(e), Docteur, médecin agréé

Certifie que l'état de santé de

NOM

Prénom(s)

➤ **Avis favorable**

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : %

A compter du :

Selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

Durée préconisée (uniquement pour les accidents de service et maladies professionnelles) :

1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

Justification du temps partiel thérapeutique :

La reprise des fonctions à temps partiel thérapeutique est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du fonctionnaire

Ou

Le fonctionnaire doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé

Dans l'hypothèse où l'agent a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel thérapeutique, préciser si la présente demande est effectuée au titre de la même affection :

| Périodes précédemment accordées (cases à compléter par l'employeur) | Demande en cours (cases à compléter par le médecin agréé) | |
|--|--|---|
| Du au | Affection identique <input type="checkbox"/> | Affection différente <input type="checkbox"/> |
| Du au | Affection identique <input type="checkbox"/> | Affection différente <input type="checkbox"/> |
| Du au | Affection identique <input type="checkbox"/> | Affection différente <input type="checkbox"/> |

➤ **Avis défavorable**

Emet un avis non concordant avec l'avis du médecin traitant, selon les conclusions médicales jointes sous pli confidentiel.

A, le

Signature + cachet