

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

1 - Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage	.....	N° séc. Soc.	.....
Nom	.....	Prénom	.....
Corps	.....	Grade	.....
Affectation	.....		
Adresse personnelle	.....		
Code postal	.....	Ville	.....
Tél.	.....		

Demande un temps partiel thérapeutique à : %

A compter du :

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

La demande est en liée à une affectation imputable au service :

☐ Oui

☐ Non

Il s'agit de

☐ 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

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 :

☐ 1 mois

☐ 2 mois

☐ 3 mois

Justification du temps partiel thérapeutique :

☐ La reprise des fonctions à temps partiel 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

(Partie à compléter en cas de renouvellement)

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

Nom Prénom

☐ Avis favorable

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 :

☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois

Justification du temps partiel thérapeutique :

☐ La reprise des fonctions à temps partiel 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.

☐ Avis défavorable

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

A , le
Signature +
coordonnées
du praticien