

**DEMANDE DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE
DES ENSEIGNANTS DU PREMIER DEGRE DU PUBLIC DE L'AIN**

☐ Première demande

☐ Renouvellement

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e), Nom : Prénom(s) :

Né(e) le :

Affectation :

.....
.....

Adresse mail académique :@ac-lyon.fr

Téléphone :

Demande un temps partiel thérapeutique d'une quotité de : ☐ 50% ☐ 75%

A compter du :

A le

Signature de l'intéressé(e)

2. Partie à remplir par le médecin

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

Nom :Prénom(s) :

Nécessite un temps partiel thérapeutique d'une quotité de ☐ 50% ☐ 75%

A compter du :

Pour une durée de :mois (dans la limite d'une durée totale de 12 mois)

Selon les modalités suivantes :

.....
.....

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

☐ Oui ☐ Non

La demande est en lien avec un CLD, un CLM :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, date de l'accident de service, de la maladie professionnelle ou de fin du CLD ou CLM :

Le temps partiel thérapeutique permet :

☐ le maintien ou le retour à l'emploi de l'intéressé est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé

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

L'agent a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel thérapeutique : ☐ Oui ☐ Non

Périodes précédemment accordées :

A..... le.....

Le Docteur.....

Signature, tampon et coordonnées du praticien