ACADÉMIE
DE LYON
Liberté
Égalité
Fraternité

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

- ☐ **Première demande**
- ☐ **Renouvellement**

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e), Nom : ……..

Prénom(s) : ……

Né(e) le :……

Corps :……Affectation :……....

……..

Adresse postale personnelle : ……

Code postal : ……Ville : ……

Demande un temps partiel thérapeutique à compter du : ……

A……. le……..

Signature de l'intéressé(e)

ACADÉMIE
DE LYON
Liberté
Égalité
Fraternité

2. Partie à remplir par le médecin

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

Nom :……..Prénom(s) : ……

Nécessite que l'intéressé(e) exerce un travail à temps partiel pour raison thérapeutique avec une quotité de ☐ 50% ☐ 75%

Si l'intéressé(e) exerce à 100% sur des fonctions administratives, une quotité de ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90%

A compter du : ……

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

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

……
……

La demande est en lien avec un accident de service, une maladie professionnelle, un CLD, un CLM :
☐ Oui ☐ Non
Date de l'accident de service, de la maladie professionnelle, date de fin du CLM ou CLD :……

<u>Justification du temps partiel pour raison thérapeutique :</u>

☐ 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

☐ 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 période de travail à temps partiel pour raison thérapeutique
☐ Oui ☐ Non

Périodes précédemment accordées : ……..……
……
……

A…….. le……
Signature et coordonnées du praticien

ACADÉMIE
DE LYON
Liberté
Égalité
Fraternité

3. Visa du supérieur hiérarchique

Vu par le supérieur hiérarchique le : …..……

Nom et prénom

Signature et tampon