DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage		N°séc. sociale	
Nom		Prénom(s)	
Corps		Grade	
Affectation			
Adresse personnelle			
Code postal		Ville	

demande un temps partiel thérapeutique à : ……. %
à 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 : …… % (50% minimum)
à 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 les maladies professionnelles) :
☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois ☐ 4 mois ☐ 5 mois ☐ 6 mois
Nota : pour les reprises suite à maladie d'origine non professionnelle, le TPT est accordé par période de 3 mois.

Justification du TPT :

☐ 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

Partie à compléter uniquement si le médecin traitant n'a pas complété le présent formulaire.
L'employeur coche la case correspondante et agrafe une copie du cerfa au formulaire.

☐ *cerfa* « avis d'arrêt de travail » avec prescription d'un temps partiel pour raison médicale

☐ *cerfa* « certificat médical accident du travail /maladie professionnelle » avec prescription d'un travail léger pour raison médicale

3. Avis du médecin agréé

A renvoyer à l'employeur

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 : …… %
à compter du : ……
selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

Durée préconisée (uniquement pour les accidents de service et les maladies professionnelles) :
☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois ☐ 4 mois ☐ 5 mois ☐ 6 mois
Nota : pour les reprises suite à maladie d'origine non professionnelle, le TPT est accordé par période de 3 mois.

Justification du TPT :

☐ 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

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 cocher par le médecin agréé)*	
du …….. au ……..	Affection identique ☐	Affection différente ☐
du …….. au ……..	Affection identique ☐	Affection différente ☐
du …….. au ……..	Affection identique ☐	Affection différente ☐

- ☐ **Avis défavorable**

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

A , le
Signature