DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage		N° Séc. Sociale	
Nom		Prénom(s)	
Grade		Fonction exercées	
Poste occupé*			
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)

☐ une première demande ☐ un renouvellement

A le

Signature

*(incluant la **fiche de poste** sur le descriptif des missions et des tâches effectuées)*

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 % à compter du

selon les modalités suivantes

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

☐ Oui ☐ Non

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

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

*Nota : **pour les reprises suite à maladie 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

Le point 3 à Renseigner sauf si la demande émane d'un Médecin praticien hospitalier

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 :

.....

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

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

Nota : pour les reprises suite à maladie 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.

Joindre l'expertise (sous pli confidentiel)