

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									Téléphone
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 % 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 reprise 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.

Joindre obligatoirement un certificat médical détaillé sous pli confidentiel.

A _____ le
Signature + tampon du praticien

Partie à compléter uniquement si le médecin traitant n'a pas complété le présent formulaire.

L'employeur cache 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 « avis d'arrêt de 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 reprise 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, précisez si la présente demande est effectuée au titre de la même affection

Périodes précédemment accordées (à compléter par l'employeur)		Demande en cours (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 les conclusions médicales jointes sous pli confidentiel.

A _____ le
Signature + tampon du praticien