

## 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 : ..... %

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 <i>(cases à compléter par l'employeur)</i>	Demande en cours <i>(cases à cocher par le médecin agréé)</i>	
du ..... au .....	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
du ..... au .....	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
du ..... au .....	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>

➤  **Avis défavorable**

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

A \_\_\_\_\_, le  
*Signature*