

DEMANDE DE TEMPS PARTEIL THERAPEUTIQUE
RENOUVELLEMENT
(après 3 mois déjà accordé)

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom et prénom :

Collectivité :

Grade :

Fonctions :

Demande un temps partiel thérapeutique à compter du :

A

Le

Signature

2. Avis du médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur :

certifie que l'état de santé de :

Nom et prénom :

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à :

50%

60%

70%

80%

90%

A compter du : / / et pour : 1 mois 2 mois 3
mois

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

professionnelle

pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

oui (avis du médecin de prévention conseillé)

Aménagements de poste à prévoir

le

A,

Signature + coordonnées du praticien

3. Avis du médecin agréé

Je soussigné(e), Docteur

Après avoir examiné :

Nom et prénom :

Emet un :

Avis favorable au renouvellement du temps partiel thérapeutique

Car son état de santé nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à :

50% 60% 70% 80% 90%

A compter du : / / et pour : 1 mois 2 mois 3
mois

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

~~**Avis défavorable au renouvellement du temps partiel thérapeutique**~~
(selon les conclusions médicales jointes sous pli confidentiel).

Car : l'agent n'est pas apte et son médecin doit l'arrêter
la reprise peut s'effectuer à temps plein (le temps partiel thérapeutique n'es
plus
justifié)

A,

Le

Signature + coordonnées du praticien