

DEMANDE DE TEMPS PARTEIL THERAPEUTIQUE

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom et prénom :

Collectivité :

Grade :

Fonctions :

Demande un temps partiel thérapeutique à compter du : / /

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 et prénom :

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à :

50%

60%

70%

80%

90%

A compter du : / / jusqu'au / / (La durée doit être comprise entre 1 mois minimum et 3 mois maximum).

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

Justification du TPT :

le maintien ou le retour à l'emploi de l'intéressé est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé ;

et/ou

permet à l'intéressé de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Aménagements de poste à prévoir :

oui (avis du médecin de prévention conseillé) non

A,

le

Signature + cachet ou coordonnées du praticien

RENOUVELLEMENT
(Avis obligatoire au-delà de 3 mois déjà accordé)

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 : / / jusqu'au / / (La durée doit être comprise entre 1 mois minimum et 3 mois maximum).

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'est pas ou plus justifié)

A,

Le

Signature + cachet ou coordonnées du praticien