

## DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

A compléter par l'agent (partie 1) et par son médecin (partie 2)

**A transmettre au bureau des affaires médicales sous couvert du supérieur hiérarchique**

### 1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e)

Madame

Monsieur

Nom

Prénom

Date de naissance

Corps

Fonctions/grade

Affectation

Adresse personnelle .....

Code postal

Ville

Téléphone :

courriel :

demande l'ouverture d'un temps partiel thérapeutique à : ..... %

à compter du : .....

selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées)

.....  
.....

A

le

**Signature de l'agent**

**Visa du supérieur hiérarchique**

### 2. Avis du médecin traitant / médecin praticien hospitalier

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) :

.....  
.....

Durée

1 mois

2 mois

3 mois

L'agent a déjà bénéficié d'un temps partiel thérapeutique (maximum 12 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

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 et cachet du praticien**