

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 un temps partiel thérapeutique à : % à compter du :/...../.....
selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées)

.....
.....

Cette demande concerne :

une première demande

un renouvellement

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 et non travaillées) :

.....
.....

Durée

1 mois 2 mois 3 mois

L'agent a déjà bénéficié d'un temps partiel thérapeutique (maxi 12 mois pour la même pathologie) – voir historique joint

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