

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE INCLUANT LE CERTIFICAT MÉDICAL DU MÉDECIN TRAITANT (FONCTION PUBLIQUE)

Ce formulaire peut, le cas échéant, être utilisé, pour remplacer la lettre de l'agent et le certificat médical.

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné (e),

Nom d'usage		N° séc. sociale	
Nom		Prénom	
Corps		Grade	
Affectation			
Adresse personnelle			
Code postal :		Ville :	
Tél. :		Mél :	

Demande l'octroi d'un temps partiel thérapeutique à :% (quotité de 50, 60, 70, 80 ou 90%)

A compter de (date souhaitée). Merci de tenir compte du délai d'instruction (1 mois pour une première demande, 2 mois pour un renouvellement car convocation chez un médecin agréé) :

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 :% (quotité de 50, 60, 70, 80 ou 90%)

A compter de (date souhaitée). Merci de tenir compte du délai d'instruction (1 mois pour une première demande, 2 mois pour un renouvellement car convocation chez un médecin agréé) :

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

La demande est en lien avec :

- un accident de service oui non
- ou une maladie professionnelle... oui non

Durée préconisée : 1 mois 2 mois 3 mois

Justification du Temps partiel thérapeutique :

- 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