# 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 : SI OCTROI : 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois ☐
SI PROLONGATION : 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois ☐ 6 mois (+ pli confidentiel) ☐

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