 **Rectorat de Grenoble**

**Service des AT/MP, Pensions, Affaires médicales et Handicap**

***ANNEXE 2***

 **DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE**

1 – Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom d’usage |  | **N°séc. sociale** | 1 1 1 1 1 1 |
| Nom patronymique |  | Prénom(s) |  |
| Corps / Grade |  |  |  |
| Affectation |  |  |  |
| Adresse personnelle |  |
| Téléphone |  |

demande un temps partiel thérapeutique à : ............. %

à compter du : .........

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

**Cette demande est liée à une affection imputable au service** :

 □ Oui □ Non

**Il s’agit de** :

 □ une première demande □ un renouvellement

A , le

*Signature*

1 – 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: ......... %

à compter du : .........

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

***La demande est en lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle :***

 □ Oui □ Non

Durée préconisée :

**□** 1 mois **□** 2 mois **□** 3 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

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*