

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	1
Nom		Prénom(s)							
Corps		Grade							
Affectation									
Adresse personnelle / Tél									
Code postal		Ville							

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 (uniquement pour les accidents de service et les maladies professionnelles):

- 1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

Nota: pour les reprises suite à maladie d'origine non professionnelle, le TPT est accordé par période de 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

Partie à compléter uniquement si le médecin traitant n'a pas complété le présent formulaire.

Le service de gestion coche la case correspondante et agrafe une copie du cerfa au formulaire.

- cerfa « avis d'arrêt de travail » avec prescription d'un temps partiel pour raison médicale
 cerfa « certificat médical accident du travail /maladie professionnelle » avec prescription d'un travail léger pour raison médical