

**ANNEXE 2 - MODÈLE DE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE INCLUANT
LE CERTIFICAT MÉDICAL DU MÉDECIN TRAITANT ET DU MÉDECIN AGRÉE**

I. DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage		N°séc. sociale								
Nom		Prénom(s)								
Corps		Grade								
Affectation										
Adresse personnelle										
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 :

une première demande un renouvellement

A , le
Signature

II. 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 : % 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. L'employeur 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 médicale

III. 3. Avis du médecin agréé

A renvoyer à l'employeur

Je soussigné(e), Docteur , médecin agréé certifie
que l'état de santé de

Nom Prénom(s)

✓ Avis favorable

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : % à
compter du :

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

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

Dans l'hypothèse où l'agent a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel thérapeutique, préciser si la présente demande est effectuée au titre de la même affection :

Périodes précédemment accordées (cases à compléter par l'employeur)	Demande en cours (cases à cocher par le médecin agréé)	
du au	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
du au	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
du au	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>

- Avis défavorable

Emet un avis non concordant avec l'avis du médecin traitant, selon conclusions médicales jointes sous pli confidentiel.

A , le
Signature