

**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
Signature , le

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