



DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

1. Partie à remplir par le professionnel demandeur

Cette demande est une première demande un renouvellement

Je soussigné(e),

Nom : Prénom(s) :
Service : Grade :
Adresse personnelle :

demande un temps partiel thérapeutique à : % (ne peut être inférieur à 50%)
à compter du :

A, le..... Signature

Périodes de temps partiel thérapeutique précédemment accordées (informations à compléter par l'employeur)
du..... au.....
du..... au.....
du..... au.....

2. Avis du médecin traitant ou spécialiste

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 à évaluer par le médecin du travail
- 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 professionnel
ou
 le professionnel doit faire l'objet d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé

A, le..... Signature
coordonnées du praticien





DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

3. Avis du médecin du service de santé au travail

Je soussigné(e), Docteur, médecin du service de santé au travail
donne un avis pour la réalisation du temps partiel thérapeutique 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 :

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 professionnel
- ou
- le professionnel doit faire l'objet d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé

Demande avis médecin agréé

Observations quant à la demande d'avis :

.....

.....

.....

A, le..... *Signature*

