



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*

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 accordée 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 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

*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 de travail / maladie professionnelle » avec prescription d'un travail léger pour raison médicale



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 accordée 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 professionnel
- ou
- le professionnel doit faire l'objet 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 affectation :

Périodes précédemment accordées (*cases à compléter par l'employeur*)

du..... au.....

du..... au.....

du..... au.....

Avis défavorable

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

A, le..... *Signature*