

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

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

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 ☐	Affection différente ☐
du au	Affection identique ☐	Affection différente ☐
du au	Affection identique ☐	Affection différente ☐

➤ ☐ **Avis défavorable**

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

A _____, le
Signature

[Nom de l'employeur]

Direction des ressources humaines

[Adresse 1]

[Adresse 2]

Dr XXX

Médecin agréé

Objet : demande de temps partiel thérapeutique présentée par M. ou Mme

Docteur,

En application de l'article [à compléter]¹³, l'autorisation de travailler à temps partiel thérapeutique d'un fonctionnaire est accordée après avis concordants du médecin traitant et du médecin agréé.

Vous trouverez ci-joint le formulaire de demande de temps partiel thérapeutique de M. ou Mme

comportant le certificat médical complété par son médecin traitant, ainsi que les éléments médicaux confidentiels correspondants, sous pli confidentiel.

Vous voudrez bien recevoir M. ou Mme en consultation et déterminer, au regard de l'avis formulé par son médecin traitant, si l'exercice de ses fonctions à temps partiel thérapeutique est justifié :

- soit parce que la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé ;
- soit parce que l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Au terme de cet examen, vous porterez votre avis dans la partie réservée à cet effet du formulaire de demande de temps partiel thérapeutique ci-joint.

Vous vous prononcerez également sur la quotité de temps de travail (de 50 % à moins de 100 %) ainsi que sur la durée de la période de temps partiel lorsque la demande de temps partiel thérapeutique est effectuée en lien avec un congé pour invalidité temporaire imputable au service.

L'intéressé est susceptible d'avoir bénéficié d'un entretien de maintien et de retour dans l'emploi auprès de son employeur et, le cas échéant, avec le médecin de prévention / du travail de son service. Vous pouvez contacter ces deux entités selon les modalités suivantes :

¹³ Article 34 *bis* de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État ou article 57 (4° *bis*) de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou article 41-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Pour toutes questions relatives aux activités de l'agent	Pour toutes questions relatives à la situation médicale de l'agent
<i>Coordonnée du référent</i>	<i>Coordonnées du médecin de prévention / du travail</i>
Prénom NOM	Prénom NOM
Adresse 1	Adresse 1
Adresse 2	Adresse 2
N° de téléphone : 00.00.00.00.00	N° de téléphone : 00.00.00.00.00
Courriel :	Courriel :

(Le cas échéant :)

Pour votre information, M. ou Mme a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel thérapeutique selon le calendrier suivant :

- du au
- du au

Vous voudrez bien, en conséquence, déterminer si cette demande est effectuée en lien avec la/les affection(s) ayant déjà donné lieu à temps partiel thérapeutique.

A l'issue de l'examen médical pratiqué, vous me renverrez le formulaire de demande de temps partiel thérapeutique dûment complété par vos soins ainsi que, en cas d'avis non concordant, vos conclusions médicales sous pli confidentiel.

Vos honoraires sont pris en charge par l'administration, il convient à cet effet de ne pas utiliser la carte vitale du fonctionnaire mais de me transmettre les documents suivants :

- le relevé d'honoraire, conformément aux tarifs fixés par l'arrêté du 3 juillet 2007 ;
- le relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE) ;
- le numéro du Système d'identification du répertoire des établissements (SIRET) composé de 14 chiffres.

Veillez, agréer, Docteur, l'assurance de ma considération distinguée.