

MODÈLE DE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE INCLUANT LE CERTIFICAT MÉDICAL DU MÉDECIN

Extrait de la circulaire du 15 mai 2018 relative au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique

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)							
Grade/emploi		Grade							
Affectation									
Adresse personnelle									
Code postal		Ville							

Cette demande est :

- une première demande
- un renouvellement

A....., le.....

Signature

2. Avis du médecin

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 :.....

* Quotités envisageables : 50 %, 60 %, 70 %, 80 % ou 90 % de l'emploi occupé

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

➤ Durée préconisée (durée comprise entre 1 mois minimum et 3 mois maximum) :

➤ Justification du TPT :

- Permet le maintien ou le retour à l'emploi de l'intéressé et est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé ;

OU

- Permet à l'intéressé de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.
- Sollicitation du médecin du travail habilité à proposer des aménagements de poste de travail (possibilité)

- Oui
- Non

A....., le.....

Signature + coordonnées du praticien

3. Avis obligatoire du médecin agréé pour toute demande de renouvellement au-delà d'une période totale de trois mois



Lorsque le fonctionnaire demande la prolongation de l'autorisation d'accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique au-delà d'une période totale de trois mois, l'autorité territoriale fait procéder sans délai par un médecin agréé à l'examen de l'intéressé, qui est tenu de s'y soumettre sous peine d'interruption de l'autorisation dont il bénéficie. (article 13-4 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 modifié)

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 :.....

* Quotités envisageables : 50 %, 60 %, 70 %, 80 % ou 90 % de l'emploi occupé

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

Durée préconisée (durée comprise entre 1 mois minimum et 3 mois maximum) :

Justification du TPT :

- Permet le maintien ou le retour à l'emploi de l'intéressé et est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé ;

OU

- Permet à l'intéressé de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

➤ **Avis défavorable**

A, le

Signature

4. Avis facultatif du médecin agréé, sollicité par l'autorité territoriale pour l'examen du fonctionnaire



L'autorité territoriale peut faire procéder à tout moment par un médecin agréé à l'examen du fonctionnaire intéressé, qui est tenu de s'y soumettre sous peine d'interruption de l'autorisation dont il bénéficie. (article 13-3 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 modifié)

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

Nom : Prénom(s) :

.....
.....
.....

A, le

Signature