

[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.