

## ANNEXE 3 - 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 l'agent relevant du régime général

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.

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

*Signature + coordonnées du praticien*