

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE

Articles L823-1 à L823-6 du code général de la fonction publique, ordonnance n° 2020-1447 du 25/11/2020,
décret n°86-442 du 14/03/1986, décret n°2021-997 du 28/07/2021

1. Partie à compléter par l'agent

Je soussigné(e),

Nom d'usage		N° sécurité sociale	
Nom de naissance		Prénom(s)	
Corps		Grade	
Affectation			
Adresse personnelle			
Code postal		Ville	

demande à exercer à temps partiel pour raison thérapeutique, à compter du :

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 compter du :

Quotité préconisée : 50% 60% 70% 80% 90%

Durée préconisée : 1 mois 2 mois 3 mois

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

Justification du TPT :

permet le maintien ou le retour à l'emploi et est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'agent,

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

Au-delà de trois mois d'exercice à TPT, une visite chez un médecin agréé et diligentée par l'administration. Le médecin traitant est invité à remettre à l'agent, sous pli confidentiel, des pièces médicales à l'attention du médecin agréé.

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 la DSDEN des Pyrénées-Atlantiques – Division des affaires générales, médicales et sociales

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

Nom

Prénom(s)

Et donne un :

Avis favorable

Certifie que l'état de santé de cet agent nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à :

Quotité préconisée : 50% 60% 70% 80 % 90%

Durée préconisée : 1 mois 2 mois 3 mois

à compter du :

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

Justification du TPT :

permet le maintien ou le retour à l'emploi et est reconnu 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

Avis défavorable

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

A _____, le

Signature