

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

Ce formulaire est à utiliser obligatoirement pour l'attribution des périodes à compter du 4^{ème} mois et jusqu'à la fin du 12^{ème} mois. Toutefois la/les demande(s) de temps partiel thérapeutique entre le 1^{er} et le 3^{ème} mois peut/peuvent faire l'objet d'un contrôle, en cas de doute de la collectivité.

(Décret 2021-1462 du 8 novembre 2021, dernière réglementation en vigueur sur le temps partiel thérapeutique).

1/ PARTIE À REMPLIR PAR LE FONCTIONNAIRE AVEC SON EMPLOYEUR :

Je soussigné(e),

Nom patronymique :	.....	Adresse personnelle :	.....
Nom marital (le cas échéant) :	.....	Code postal :	.....
Prénom(s) :	.....	Ville :	.....
Grade :	.....	N° de Sécurité Sociale :	.....
Emploi :	.....	

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

À , le/..../.....

Signature

Avant de transmettre ce document aux médecins, l'employeur doit compléter les éventuelles périodes de temps partiel thérapeutique dans les 2 prochains tableaux.

2/ PARTIE A REMPLIR PAR LE 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 :
 1 mois 2 mois 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 PRÉCEDEMMENT ACCORDÉES : <i>(cases à compléter par l'employeur)</i>	DEMANDE EN COURS <i>(cases à cocher par le médecin agréé)</i>	
Du / / au / /	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
Du / / au / /	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
Du / / au / /	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>

À , le / /

Signature
+ cachet 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 :

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 :
 1 mois 2 mois 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 PRÉCEDEMMENT ACCORDÉES : (cases à compléter par l'employeur)	DEMANDE EN COURS (cases à cocher par le médecin agréé)	
Du .../.../..... au .../.../.....	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
Du .../.../..... au .../.../.....	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
Du .../.../..... au .../.../.....	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>

 AVIS DÉFAVORABLE :

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

À , le .../.../.....

Signature

+ cachet du praticien :

Le formulaire complet est à retourner à l'employeur.