DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

**Partie à remplir par le fonctionnaire**

Je soussigné(e),

Nom d’usage : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro de sécurité sociale : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Grade : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Employeur : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Demande un temps partiel thérapeutique à : ……………… % (50%, 60%, 70%, 80% ou 90%)

À compter du : …… / …… / ……………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Cette demande est :

[ ]  Une première demande

[ ]  Un renouvellement (préciser la durée déjà accordée) : ……………………………………………………………….………………..

En lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle : [ ]  Oui [ ]  Non

***Le temps partiel thérapeutique est accordé et, le cas échéant, renouvelé par période de 1 à 3 mois dans la limite d’une année.***

À ……………………………………………, le …… / …… / ……….

Signature

**Avis du médecin traitant**

Je soussigné(e), Docteur ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Certifie que l’état de santé de :

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nécessite un temps partiel thérapeutique à : ……………… % (50%, 60%, 70%, 80% ou 90%)

À compter du : …… / …… / ……………

Durée préconisée :

[ ]  1 mois [ ]  2 mois [ ]  3 mois

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Cette demande est :

[ ]  Une première demande

[ ]  Un renouvellement (préciser la durée déjà accordée) : ……………………………………………………………….………………..

En lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle : [ ]  Oui [ ]  Non

***Le temps partiel thérapeutique est accordé et, le cas échéant, renouvelé par période de 1 à 3 mois dans la limite d’une année.***

**Justification du temps partiel thérapeutique :**

[ ]  Maintenir ou permettre le retour à l’emploi de l’agent reconnu comme étant de nature à favoriser l’amélioration de son état de santé.

OU

[ ]  Permettre à l’agent de bénéficier d'une rééducation ou d’une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

À ……………………………………………, le …… / …… / ……….

Signature + coordonnées du praticien

**Avis du médecin agréé**

**(Obligatoire pour toute prolongation au-delà d’une période totale de 3 mois)**

Je soussigné(e), Docteur ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Médecin agréé, certifie que l’état de santé de

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

[ ]  Avis favorable

Nécessite un temps partiel thérapeutique à : ……………… % (50%, 60%, 70%, 80% ou 90%)

À compter du : …… / …… / ……………

Durée préconisée :

[ ]  1 mois [ ]  2 mois [ ]  3 mois

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Cette demande est :

[ ]  Une première demande

[ ]  Un renouvellement (préciser la durée déjà accordée) : ……………………………………………………………….………………..

En lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle : [ ]  Oui [ ]  Non

***Le temps partiel thérapeutique est accordé et, le cas échéant, renouvelé par période de 1 à 3 mois dans la limite d’une année.***

**Justification du temps partiel thérapeutique :**

[ ]  Maintenir ou permettre le retour à l’emploi de l’agent reconnu comme étant de nature à favoriser l’amélioration de son état de santé.

OU

[ ]  Permettre à l’agent de bénéficier d'une rééducation ou d’une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

**Décompte des droits à temps partiel thérapeutique :**

Périodes précédemment accordées (à remplir par l’employeur) :

Du …… / …… / ………. Au …… / …… / ……….

Du …… / …… / ………. Au …… / …… / ……….

Du …… / …… / ………. Au …… / …… / ……….

Du …… / …… / ………. Au …… / …… / ……….

***Reconstitution des droits****: le service à temps partiel thérapeutique peut être exercé, de manière continue ou discontinue, pour une période dont la durée totale peut atteindre un an maximum. Au terme de ses droits à exercer un service à temps partiel thérapeutique, l’agent peut bénéficier d’une nouvelle autorisation, au même titre, à l’issue d’un délai minimal d’un an de reprise d’activité (positions d’activité et détachement).*

[ ]  Avis défavorable

Emet un avis non concordant avec l’avis du médecin traitant, selon les conclusions médicales jointes sous pli confidentiel, et transmets en conséquence la demande de temps partiel thérapeutique à l’employeur.

À ……………………………………………, le …… / …… / ……….

Signature + coordonnées du praticien