



DEMANDE

Temps partiel thérapeutique



IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom de naissance

N° de SS

Nom d'usage

Statut

Prénom

Corps*

N° de téléphone

Statut*

Affectation

Adresse mèl

Adresse
personnelle

*à renseigner, seulement si l'agent est titulaire



INFORMATIONS RELATIVES A LA DEMANDE

Initiale

Renouvellement

Date d'effet souhaitée

Durée demandée

Quotité de travail

Demandée

Modalités (Préciser les jours et les demi-journées travaillés et non travaillés) :

Annexe 1 : 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 : _____ %

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 (uniquement pour les accidents de service et les maladies professionnelles) :

☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois

Nota : pour les reprises suite à maladie d'origine non professionnelle, le TPT est accordé par période de 3 mois.

Justificatif du temps partiel thérapeutique :

☐ la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du fonctionnaire

☐ 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 et coordonnées 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

**Avis du médecin agréé**

(le cas échéant, et sur demande de l'administration)

Accord d'indemnisation de la CPAM *(Agent contractuel)***Avis du conseil médical**

(le cas échéant)

Avis de conformité du service gestionnaire RH

Nom de l'agent du service RH

Date

Timbre et signature du service RH



PIECES A JOINDRE

- Ce formulaire complété et signé
- Accord d'indemnisation de la CPAM pour les agents contractuels
- Annexe 1 : Certificat médical mentionnant les informations suivantes : quotité de temps partiel souhaitée (50 %, 60 %, 70 %, 80 % ou 90 %), durée du temps partiel (de 1 à 3 mois), les conditions d'exercice des fonctions à temps partiel (en continu ou en discontinu, par journées ou demi-journées non travaillées ou sous forme de réduction journalière de la durée de travail).