

Demande de temps partiel thérapeutique

☐ Première demande

☐ Renouvellement

Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Fonctions :

Employeur :

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

A compter du : **Pour une durée de :**

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

.....
.....

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

Partie à remplir par le médecin

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%)

A compter du :

Pour une durée de :mois (dans la limite d'une durée totale de 12 mois)

Selon les modalités suivantes : (*journées ou demi-journées non travaillées ou réduction journalière de la durée de travail*).....
.....

Le temps partiel thérapeutique permet :

☐ le maintien ou le retour dans l'emploi de l'intéressé et est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé

OU

☐ à l'intéressé de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Observations :
.....

A , le
Le Docteur
Signature + cachet