

Demande de temps partiel thérapeutique

☐ Première demande

☐ Renouvellement

Pour les renouvellements, les documents médicaux doivent être joints sous pli confidentiel s'il y a lieu.

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 :

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).

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

☐ **Partie complétée par l'employeur** ➔ Si le médecin n'a pas complété la partie ci-dessus, l'employeur coche la case et agrafe une copie du certificat médical ou du CERFA au présent formulaire.