

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e), Nom :Prénom(s) :

Né(e) le :

Corps :Affectation :

Adresse postale personnelle :

Code postal : Ville :

Demande un temps partiel thérapeutique à : 50% 60% 70% 80% 90%

A compter du :pour une période de : 1 mois 2 mois 3 mois

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

.....
.....

A..... le.....

Signature de l'intéressé(e)

Vu par le supérieur hiérarchique le :

Signature et tampon

2. Avis du médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur....., certifie que l'état de santé de :

Nom :.....Prénom(s) :

Nécessite que l'intéressé(e) exerce un travail à temps partiel pour raison thérapeutique avec une quotité de 50% 60% 70% 80% 90%

A compter du :.....pour une période de : 1 mois 2 mois 3 mois

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

Justification du temps partiel pour raison thérapeutique :

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

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