



**ACADÉMIE
DE LYON**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RENOUVELLEMENT 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



3. Avis du médecin agréé

Je soussigné(e), Docteur....., médecin agréé,
certifie avoir procédé à l'expertise de :

Nom :.....Prénom(s) :

A la suite de cet examen :

Avis favorable

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

L'agent a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel pour raison thérapeutique

Oui Non

Périodes précédemment accordées :

.....
.....
.....

Avis défavorable à la demande de l'intéressé(e) et non concordant avec
l'avis du médecin traitant, selon conclusions médicales jointes sous pli
confidentiel.

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

Signature et coordonnées du praticien



ACADÉMIE DE LYON

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECTORAT
Direction des ressources humaines
Pôle des affaires médicales

Affaire suivie par :
Cécile BOURJON
Tél : 04 72 80 64 43 / 64 49 / 64 46
Courriel : pam@ac-lyon.fr

92, rue de Marseille
69007 Lyon

Lyon, le 9 septembre 2021

Le recteur de la région académique
Auvergne – Rhône Alpes
Recteur de l'académie de Lyon
Chancelier des universités

Objet : demande de temps partiel thérapeutique
Référence : décret n°2021-997 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique de l'Etat

Docteur,

Conformément au décret cité en référence, le renouvellement de l'autorisation de travailler à temps partiel thérapeutique d'un fonctionnaire est accordée après avis concordants du médecin traitant et du médecin agréé.

Vous voudrez bien recevoir cet agent en consultation afin de déterminer, au regard de l'avis formulé par son médecin traitant, si l'exercice de ses fonctions à temps partiel thérapeutique est justifié du fait que la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé(e).

A l'issue de l'examen médical pratiqué, je vous remercie de bien vouloir remettre en main propre à l'agent, le formulaire de renouvellement de temps partiel thérapeutique dûment complété.

Par ailleurs, il conviendra de me transmettre par **voie postale** :

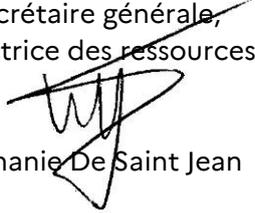
- vos conclusions médicales sous pli confidentiel, en cas d'avis défavorable
- le formulaire de demande de prise en charge des honoraires complété conformément aux tarifs fixés par l'arrêté du 3 juillet 2007 et accompagné d'un RIB

Enfin, j'attire votre attention sur le fait qu'un service accompli à ce titre peut être exercé de manière continue ou discontinue pour une période dont la durée totale peut atteindre un an au maximum. Lorsqu'un fonctionnaire a épuisé ses droits à temps partiel pour raison thérapeutique, il retrouve le droit à ce temps partiel lorsqu'il s'est écoulé un an à compter du terme de la dernière période de temps partiel pour raison thérapeutique qui lui avait été accordée.

Mes services restent à votre disposition pour tous renseignements complémentaires que vous souhaiteriez obtenir.

Veillez agréer, Docteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le recteur et par délégation,
La secrétaire générale,
Directrice des ressources humaines,


Stéphanie De Saint Jean