

**DEMANDE DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE
DES ATSS ET DES ENSEIGNANTS DU SECOND DEGRÉ DU PUBLIC ET DU PRIVE¹**

☐ Première demande

☐ Renouvellement

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Département d'affectation : Ain ☐ Loire ☐ Rhône ☐

Je soussigné(e), Nom : Prénom(s) :

Né(e) le :

Corps :

Affectation ;

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

Adresse mail académique :@ac-lyon.fr

Téléphone :

Demande un temps partiel thérapeutique d'une quotité de : ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90%

Ou pour les enseignants du second degré : nombre d'heures /obligation de service statutaire :
...../.....

A compter du :

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

Signature de l'intéressé(e)

¹ **Si le TPT est en lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle, adressez votre demande au service DAPA-Accidents de service et maladies professionnelles**

Les enseignants du premier degré et les contractuels doivent s'adresser à leur service gestionnaire



ACADÉMIE
DE LYON

Liberté
Égalité
Fraternité

2. Partie à remplir par le médecin

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

Nom : Prénom(s) :

Nécessite un temps partiel thérapeutique d'une quotité de ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90%
Ou, pour les enseignants du second degré, de heures sur(obligations de service
statutaire)

A compter du :

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

Selon les modalités suivantes :

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

La demande est en lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle, un CLD, un CLM :

☐ Oui ☐ Non

Date de l'accident de service, de la maladie professionnelle ou de fin du CLD ou CLM :

Le temps partiel thérapeutique permet :

☐ 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

ou

☐ 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 thérapeutique : ☐ Oui ☐ Non

Périodes précédemment accordées :
.....

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

Le Docteur.....

Signature, tampon et coordonnées du praticien

3. Visa du supérieur hiérarchique

Vu par le supérieur hiérarchique le :

Nom et prénom

Signature et tampon