

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

**A retourner à votre circonscription ou chef d'établissement qui transmettra
à la division des personnels**

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e), Nom :Prénom(s) :

Né(e) le :

Corps :Affectation :

.....
Quotité de travail actuelle : 100% ☐ 80% ☐ 75% ☐ 50% ☐

Adresse postale personnelle :

Code postal :Ville :

Demande un temps partiel thérapeutique à : ☐ 50% ☐ 75%

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 l'issue du temps partiel thérapeutique :

☐ Si j'étais à temps partiel de droit avant le temps partiel thérapeutique, je souhaite reprendre mon activité à

100% ☐ 80% ☐ 75% ☐ 50% ☐

☐ Si je n'étais pas à temps partiel avant le temps partiel thérapeutique, je sollicite un temps partiel de droit à

80% ☐ 75% ☐ 50% ☐

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% ☐ 75%

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