



**ACADÉMIE
DE LYON**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Loire

RENOUVELLEMENT DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

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

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e), Nom :Prénom(s) :
Né(e) le :

Corps /Grade :

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



**ACADÉMIE
DE LYON**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Loire

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

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% ☐ 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

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