

ANNEXE 2

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

1 – Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage			N°séc. sociale	1	1	1	1	1	1
Nom			Prénom(s)						
Corps			Grade						
Affectation									
Adresse personnelle / Tél									
Code postal		Ville							

demande un temps partiel thérapeutique à : %
à compter du :

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

Cette demande est liée à une affection imputable au service :

- OUI
 NON

Il s'agit de :

- une première demande
 un renouvellement

A _____, le

Signature

1 – Avis du médecin traitant

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

Nom _____ Prénom(s) _____

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : %
à compter du :

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

Durée préconisée :

- 1 mois
 2 mois
 3 mois

Justification du TPT :

- la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du fonctionnaire
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

A _____, le
Signature + coordonnées du praticien