



DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

1. PARTIE A REMPLIR PAR LE FONCTIONNAIRE

Je soussigné(e),

Nom d'usage :		N° de sécurité sociale :	
Nom :		Prénom :	
Corps :		Grade :	
Affectation :		Téléphone :	
Adresse personnelle :		Adresse mail :	
Code postal :		Ville :	
Statut :	<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Contractuel (Vous devez vous rapprocher de votre CPAM avant de faire votre demande)

Demande de TPTH à : _____% à compter du : _____

Merci de tenir compte du délai d'instruction (1 mois pour une première demande, 2 mois pour un renouvellement car convocation chez un médecin agréé).

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

Cette demande est :

Une première demande

Un renouvellement

A _____, le _____ signature :

Lors d'un renouvellement, bien faire attention au délai d'instruction, car un temps partiel thérapeutique ne peut être rétroactif.

Visa de votre hiérarchie :

cachet et signature :

2. AVIS DU MEDECIN TRAITANT

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

Nom : _____ Prénom (s) : _____

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : _____%

A compter du : _____

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

La demande est en lien avec :

- un accident de service oui non
- ou une maladie professionnelle oui non

Durée préconisée (uniquement pour les accidents de service et les maladies professionnelles)

1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

Nota : pour les reprises à maladie d'origine non professionnelle, le TPT est accordé par période de 3 mois

Justification du Temps partiel thérapeutique :

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 :

*Partie à compléter uniquement si le médecin traitant n'a pas complété le présent formulaire
L'employeur coche la case correspondante et agrafe une copie du cerfa au formulaire.*

cerfa « avis d'arrêt de travail » avec prescription d'un temps partiel pour raison médicale

cerfa « certificat médical accident du travail / maladie professionnelle » avec prescription d'un travail léger pour raison médicale.

3. AVIS DU MEDECIN AGREE

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

Nom : _____ Prénom (s) : _____

➤ Avis favorable

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : _____%

A compter du : _____

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

Durée préconisée (uniquement pour les accidents de service et les maladies professionnelles)

1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

Nota : pour les reprises à maladie d'origine non professionnelle, le TPT est accordé par période de 3 mois

Justification du Temps partiel thérapeutique :

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.

Dans l'hypothèse où l'agent a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel thérapeutique, préciser sur la présente

Demande est effectuée au titre de la même affectation.

Périodes précédemment accordées (cases à compléter par l'employeur)	
Du _____	Au _____
Du _____	Au _____
Du _____	Au _____

➤ Avis défavorable

Emet un avis non concordant avec l'avis du médecin traitant, selon conclusions médicales jointes sous pli confidentiel.

A _____, le _____ signature