

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

(Décret n°2021-997 du 28/07/2021 – Ordonnance n° 2020-1447 du 25/11/2020 – Décret n°86-442 du 14/03/1986 – Article 34 bis de la loi n°84-16 du 11/01/1984)

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage :		N° Séc.Sociale :	
Nom :		Prénom(s) :	
Corps :		Grade :	
Affectation :			
Adresse personnelle :			
Code Postal :		Ville :	

demande un temps partiel thérapeutique, à compter du :

Cette demande est : une première demande un renouvellement

A , le

Signature

2. 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 compter du :

Quotité préconisée : 50% 60% 70% 80 % 90%

Durée préconisée : 1 mois 2 mois 3 mois

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

Justification du TPT :

permet le maintien ou le retour à l'emploi et est reconnu 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

(Au delà de trois mois de TPT, une visite chez un médecin agréé de l'administration est requise. Le médecin traitant est invité à remettre au fonctionnaire, sous pli confidentiel, des pièces médicales à l'attention du médecin agréé.)

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 médecin agréé

A renvoyer à la DSDEN des Pyrénées-Atlantiques – Services des Affaires Médicales

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

Nom

Prénom(s)

Et donne un :

Avis favorable

Certifie que l'état de santé de cet agent nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à :

Quotité préconisée : 50% 60% 70% 80 % 90%

Durée préconisée : 1 mois 2 mois 3 mois

à compter du :

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

Justification du TPT :

permet le maintien ou le retour à l'emploi et est reconnu 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

Avis défavorable

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

A _____, le

Signature