

Avis du médecin agréé

Demande de Temps Partiel Thérapeutique

Je soussigné(e),

Docteur :

Médecin agréé,

Adresse :

Téléphone :

Certifie avoir examiné :

Madame/Monsieur

Nom :

Prénom :

Employeur(s) :

Et émet l'avis suivant :

FAVORABLE *

Nécessite : une reprise à Temps Partiel Thérapeutique

OU

un renouvellement du Temps Partiel Thérapeutique

Quotité de travail : 50 % 60 % 70 % 80 % 90 %

Durée : 3 mois

À compter du :

Merci d'indiquer si des restrictions ou un aménagement de poste doivent être mis en place (précisez les périodes de travail et de repos) :

.....
.....
.....

*(Pour rappel, pour toute reprise, une visite auprès de médecin de prévention est **obligatoire**)*

Justification du Temps Partiel Thérapeutique :

la reprise des fonctions à Temps Partiel Thérapeutique 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

DEFAVORABLE *

*** Dans le cas d'un avis non concordant (justification médicale et/ou quotité) avec le médecin traitant de l'agent, merci de bien vouloir joindre un rapport médical SOUS PLI CONFIDENTIEL.**

A, le

Signature + cachet