

Document médecin traitant

Demande de Temps Partiel Thérapeutique

Je soussigné(e),

Docteur :

Adresse :

Téléphone :

Certifie que l'état de santé de :

Madame/Monsieur

Nom :

Prénom :

Employeur (s) :

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 :

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

A, le

Signature + cachet