Avis du médecin agréé

Temps Partiel pour raison Thérapeutique

Je soussigné(e),

Docteur : .....
Médecin agréé,
Adresse : .....
Téléphone : .....

Certifie avoir examiné le : .....

Madame/Monsieur
Nom : .....
Prénom : .....
Employeur(s) : .....

Et émet l'avis suivant :

Motif de l'avis :
Le renouvellement du Temps Partiel pour raison Thérapeutique est-il justifié ?

☐ **FAVORABLE**

Quotité de travail : ☐ 50 % ☐ 60 % ☐ 70 % ☐ 80 % ☐ 90 %
Durée : .....(dans la limite de 12 mois)
À compter du : .....

Modalités d'exercice (horaires, jours travaillés) : .....
.....
.....
.....

Justification du Temps Partiel pour raison Thérapeutique :

☐ le Temps Partiel pour raison Thérapeutique 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

☐ **DEFAVORABLE ***

*** Dans le cas d'un avis défavorable, merci de bien vouloir joindre un rapport médical détaillé <u>SOUS PLI CONFIDENTIEL</u>.**

A ....., le ..... Signature + cachet