Document médecin traitant ou spécialiste

Temps Partiel pour raison Thérapeutique

Je soussigné(e),

Docteur : .....
Adresse : .....
Téléphone : .....

Certifie que l'état de santé de :
Madame/Monsieur
Nom : .....
Prénom : .....
Employeur (s) : .....

Nécessite : ☐ un octroi du Temps Partiel pour raison Thérapeutique
OU
☐ un renouvellement du Temps Partiel pour raison Thérapeutique

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

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

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