

# Document médecin traitant

## 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 :  1 mois  2 mois  3 mois

À compter du : .....

Modalités d'exercice (restrictions, aménagement de poste) : .....

.....

.....

.....

A ....., le .....

Signature + cachet