Docteur ……
Adresse 1
Adresse 2
CP Ville

A ……., le ……

Objet : demande d'avis médical
Rappel RDV du 00/00/0000 à 00h00

P.J. : fiche de poste + formulaire « document agent » + formulaire « document médecin traitant ou spécialiste » + formulaire « avis du médecin agréé » + note d'honoraires

Docteur,

En application du décret n° 2021-1462 du 8 novembre 2021 et du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, l'autorisation de travailler à Temps Partiel pour raison Thérapeutique d'un fonctionnaire peut faire l'objet d'un contrôle auprès d'un médecin agréé.

Madame/Monsieur,

Nom & prénom	:
Date de naissance	:
Adresse	:
Téléphone(s)	:
Grade	:

actuellement *en Congé de Maladie Ordinaire, Congé de Longue Maladie, Congé de Longue Durée, Congé pour Invalidité Temporaire Imputable au Service) ou en Temps Partiel pour raison Thérapeutique depuis le …… ou en activité à temps plein (…./35ème),* sollicite l'octroi/la prolongation du Temps Partiel pour raison Thérapeutique (TPT) à compter du …….. à …….. % pour une période de …… mois.

En conséquence, merci de bien vouloir procéder à l'examen médical de l'agent afin de déterminer si l'état de santé justifie l'octroi/la prolongation du TPT à compter du …… en indiquant la quotité et la durée. Dans le cas d'un avis favorable, merci d'indiquer les modalités d'exercice (horaires, jours travaillés).

Dans le cas d'un avis défavorable au TPT, un compte-rendu médical devra être rédigé sous pli confidentiel, dans ce cas merci de bien vouloir préciser si l'agent est :

- **apte** à la reprise de **ses anciennes fonctions** à temps plein,

- **inapte temporairement** à l'exercice de **ses anciennes fonctions.** Merci de préciser si un congé pour raison de santé doit être instauré ou prolongé,

- **inapte définitivement et de façon permanente** à l'exercice de **ses anciennes fonctions**, et si un reclassement professionnel pour inaptitude physique est nécessaire,

- **inapte définitivement et de façon permanente** à l'exercice de **toutes fonctions**, c'est alors une mise à la retraite pour invalidité qui s'applique.

Pour toutes questions relatives à la situation de l'agent et si besoin :

Coordonnées du médecin du travail :

Docteur :
Structure :
Adresse :
Téléphone :

Au terme de cet examen, vous porterez votre avis sur le formulaire joint « Avis du médecin agréé ». Dans le cas d'un avis défavorable au TPT, merci de bien vouloir joindre un rapport médical **SOUS PLI CONFIDENTIEL**.

Vos honoraires sont pris en charge par l'administration, merci de transmettre votre note d'honoraires accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.