

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE

(Décret n°2021-997 du 28/07/2021 – Ordonnance n° 2020-1447 du 25/11/2020 – Décret n°86-442 du 14/03/1986 – Article 34 bis de la loi n°84-16 du 11/01/1984)

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage		N°séc. sociale					
Nom		Prénom(s)					
Corps		Grade					
Affectation							
Adresse personnelle							
Code postal		Ville					

demande l'octroi d'un temps partiel pour raison thérapeutique à.....% (quotité de 50, 60, 70, 80 ou 90%)

à compter du : (date souhaitée – Merci de tenir compte du délai d'instruction)

selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

.....

Cette demande est : une première demande un renouvellement

A,
 le

Signature

2. Avis du médecin traitant

Si le médecin traitant n'a pas complété le présent formulaire, joindre une copie du Cerfa « avis d'arrêt de travail » avec prescription d'un temps partiel pour raison médicale.

Je soussigné(e), Docteur, certifie que l'état de santé de :

Nom : Prénom(s) :

Nécessite un travail à temps partiel pour raison thérapeutique à % (quotité de 50, 60, 70, 80 ou 90%),

à compter du :

selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

.....

Durée préconisée :

1 mois 2 mois 3 mois

Justification du TPRT :

Le TPRT permet le maintien ou le retour à l'emploi et 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.

La reprise d'activité à temps partiel pour raison thérapeutique doit-elle être accompagnée de restrictions médicales ?

oui

non

Lesquelles :

Ces restrictions présentent-elles un caractère :

temporaire

définitif

Pour quelle durée :

A.....,

le

Signature + tampon du praticien

- *Au-delà d'une période totale de 3 mois de TPRT, une visite chez un médecin agréé de l'administration est requise. Le médecin traitant est invité à remettre au fonctionnaire, sous pli confidentiel, des pièces médicales à l'attention du médecin agréé.*
- *Merci de tenir compte des délais nécessaires pour avoir un rendez-vous auprès un d'un médecin agréé dans le cadre d'un renouvellement.*

3. Avis du médecin agréé

A remplir uniquement pour les demandes de TPRT au-delà de 3 mois

Je soussigné(e), Docteur, médecin agréé,

Certifie que l'état de santé de :

Nom : Prénom(s) :

➤ Avis favorable

Nécessite un travail à temps partiel pour raison thérapeutique à % (quotité de 50, 60, 70, 80 ou 90%),
à compter du :

selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

.....
.....

Durée préconisée :

1 mois 2 mois 3 mois

Justification du TPRT :

Le TPRT permet le maintien ou le retour à l'emploi et 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.

La reprise d'activité à temps partiel pour raison thérapeutique doit-elle être accompagnée de restrictions médicales ?

oui

non

Lesquelles :

.....
.....

Ces restrictions présentent-elles un caractère :

temporaire

définitif

Pour quelle durée :

➤ Avis défavorable

Le médecin agréé émet un avis non concordant avec l'avis du médecin traitant, selon conclusions médicales jointes
sous pli confidentiel.

A.....,

le

Signature + tampon du praticien