

Uniquement en cas de

contestation des conclusions

du médecin agréé

le

**CDG 53 – Maison des collectivités**

**Monsieur le Président du conseil médical**

Secrétariat du conseil médical

Parc Tertiaire Cérès

21 rue Ferdinand Buisson - Bât. F

**53810 CHANGE**

**FICHE 9P : En cas de contestation des conclusions du médecin agréé, pour l’octroi et renouvellement d’un temps partiel pour raison thérapeutique**

|  |  |
| --- | --- |
| **NATURE DES PIECES A FOURNIR** | **OBSERVATIONS** |
| **NOM – Prénom de l’agent :**  **Documents à fournir :**  Saisine de la collectivité indiquant de manière précise l’objet et les questions pour lesquelles il est nécessaire d’avoir un avis [(*n° 01-D-FORM1P*)](https://www.cdg53.fr/document/01-d-form1p-formulaire-de-saisine-collectivite.docx)  Demande initiale de TPRT de l’agent  Certificat du médecin traitant  Conclusion du médecin agréé  Fiche de poste  Rapport du médecin de prévention éventuellement |  |