

**1- Partie à remplir par le fonctionnaire**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | | | Prénom(s) |  |
| N°séc. sociale |  | | | Téléphone |  |
| Grade |  | | | | |
| Collectivité |  | | | | |
| Adresse  personnelle |  | | | | |
| Code postal |  | Ville |  | | |

demande un temps partiel pour raison thérapeutique à      % à compter du --/--/---- 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**

Je soussigné(e), Docteur      , médecin traitant, certifie que l’état de santé de

Nom       Prénom :

nécessite un travail à temps partiel pour raison thérapeutique à       % à compter du : \_\_/\_\_/\_\_\_ selon les modalités suivantes *(préciser les périodes travaillées et non travaillées)*

**Durée préconisée :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 mois |  |  |  |  |  |  |
|  | 2 mois |
|  | 3 mois | | | | | | | |

La demande est en lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle

|  |  |
| --- | --- |
|  | oui |
|  | non |

**Justification du TPRT :**

la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue 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

A      , le

*Signature + coordonnées du praticien*

