

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |        | Prénom(s) |       |
| N°séc. sociale |        | Téléphone |       |
| Grade |        |
| Collectivité  |        |
| Adressepersonnelle |        |
| 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*

