

**Avis du médecin agréé**

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

Nom :       Prénom :

🡺 nécessite un travail à temps partiel pour raison thérapeutique à       % à compter du \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Avis favorable**

Selon les modalités suivantes :

|  |
| --- |
|  |

**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

Dans l’hypothèse où l’agent a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel thérapeutique, préciser si la présente demande est effectuée au titre de la même affection :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Périodes précédemment accordées  *(cases à compléter par l’employeur)* | Demande en cours  *(cases à cocher par le médecin agréé)* | |
| du       au | Affection identique | Affection différente |
| du       au | Affection identique | Affection différente |
| du       au | Affection identique | Affection différente |

🡺 émet un avis non concordant avec l’avis du médecin traitant, selon conclusions médicales jointes sous pli confidentiel.

**Avis défavorable**

A      , le

##### Signature + coordonnées du praticien

