

**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

