

## DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE - AVIS DU MEDECIN AGREE

### IDENTITE DE L'AGENT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone (facultatif) : .....

Adresse : .....

.....

Collectivité employeur : .....

Fonctions exercées : .....

Nom du médecin de prévention : .....

### NATURE DE LA DEMANDE

Première demande

Renouvellement

Changement de quotité

Période demandée : du .....au .....

Quotité demandée :

50%

60%

70%

80%

90%

A l'issue :

D'un accident de service du .....

D'un accident de trajet du .....

D'une maladie professionnelle/maladie contractée en service du .....

D'un congé de maladie ordinaire du ..... au .....

D'un congé de longue maladie du ..... au .....

D'un congé de longue durée du ..... au .....

*Cocher les cases correspondantes - Fournir un historique complet des différents congés maladie et temps partiel thérapeutique déjà accordés*

Je soussigné(e)

Madame/Monsieur .....

Sollicite un temps partiel thérapeutique et déclare avoir pris connaissance de la réglementation en la matière.

Date : .....

Signature de l'agent :

**DEMANDE DU MEDECIN TRAITANT OU SPECIALISTE**

Période demandée du ..... au .....

Le temps partiel thérapeutique est accordé par période de 3 mois renouvelable dans la limite d'un an par affectation pour la maladie et par période allant jusqu'à 6 mois renouvelable dans la limite d'un an par accident ou maladie survenue dans l'exercice des fonctions.

Quotité demandée :

- 50%     60%     70%     80%     90%

*Cocher la case correspondante*

Nom et adresse du médecin traitant :

.....  
.....  
.....  
.....

Date : .....

Signature et cachet :

---

**AVIS DU MEDECIN AGREE**

- Conforme à l'avis du médecin traitant
- Conforme à l'avis du médecin traitant avec une quotité différente (conclusions médicales jointes sous pli confidentiel)
- Non conforme à l'avis du médecin traitant (conclusions médicales jointes sous pli confidentiel)

*Cocher la case correspondante*

Observations :

.....  
.....  
.....  
.....

*En cas de désaccord avec le médecin traitant, la collectivité employeur saisira le comité médical départemental ou la commission de réforme selon la nature de l'arrêt.*

Périodes de TPT précédemment accordées (cases à compléter par l'employeur)	Demande en cours (cases à cocher par le médecin agréé)	
Du .....au.....	Affection identique <input type="radio"/>	Affection différente <input type="radio"/>
Du .....au.....	Affection identique <input type="radio"/>	Affection différente <input type="radio"/>
Du .....au.....	Affection identique <input type="radio"/>	Affection différente <input type="radio"/>

Nom et adresse du médecin agréé :

.....  
.....  
.....  
.....

Date : .....

Signature et cachet :