



DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE (TPT)

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage	N°séc. sociale
Nom	Prénom(s)
Corps	Grade
Affectation	
Adresse personnelle	
Code postal	Ville

demande un temps partiel 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



DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE (TPT)

2. Avis du médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur.....

certifie que l'état de santé de (NOM, Prénom).....

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : %

à compter du :

selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

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

Oui Non

Durée préconisée (uniquement pour les accidents de service et les maladies professionnelles) :

1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

Nota : pour les reprises suite à maladie d'origine non professionnelle, le TPT est accordé par période de 3 mois.

Justification du TPT :

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 et cachet

Partie à compléter uniquement si le médecin traitant n'a pas complété le présent formulaire.

L'employeur coche la case correspondante et agrafe une copie du cerfa au formulaire.

cerfa « avis d'arrêt de travail » avec prescription d'un temps partiel pour raison médicale

cerfa « certificat médical accident du travail /maladie professionnelle » avec prescription d'un travail léger pour raison médicale