**MODELE DE LETTRE DE MISSION A ADRESSER A UN MEDECIN AGREE DANS LE CADRE D’UNE DEMANDE D’OCTROI OU DE PROLONGATION D’UN TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

 *Docteur XXX*

 *Adresse*

 A xxx, Le xxxx

**OBJET** : Demande d’avis d’octroi ou de renouvellement d’un temps partiel thérapeutique

Docteur,

Conformément à l’article 57-4° bis de la Loi n°84-53 du 26 Janvier 194 modifiée, les autorisations de reprise à temps partiel thérapeutique ou de prolongation de cet aménagement pour un fonctionnaire territorial ne peuvent être accordées qu’après avis concordant du médecin traitant de l’agent et d’un médecin agréé mandaté par la collectivité employeur.

En conséquence et suite à la réception de la demande de Monsieur/Madame NOM PRENOM de l’agent, fonctionnaire à temps complet ou non complet (à préciser de 28h à 35h) accompagnée d’un formulaire sur lequel figure l’avis de son médecin traitant (cf. copie ci-jointe), je vous remercie de bien vouloir compléter le document susvisé et de vous prononcer sur :

* L’aptitude de l’agent à exercer ses fonctions à temps partiel thérapeutique
* Sur la date de reprise possible (*seulement dans les cas de demande d’octroi du temps partiel thérapeutique)*
* La quotité de travail hebdomadaire (supérieure ou égale à 50%)
* La durée de l’aménagement en cas de congé imputable au service (*dans les autres cas la durée est obligatoirement de 3 mois)*
* Le lien éventuel avec la/les affection(s) ayant déjà donné lieu à temps partiel thérapeutique

A toutes fins utiles, vous trouverez joint à ce présent courrier la fiche de poste de l’agent.

Je vous remercie de bien vouloir me transmettre en retour votre note d’honoraires.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie d’agréer, Docteur, l’expression de mes sincères salutations.

 Signature de l’autorité territoriale