**FORMULAIRE DE DEMANDE D’OCTROI OU DE PROLONGATION**

**DU TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

**A compléter par l’agent**

NOM

PRENOM

Date de naissance

Adresse

Atteste sur l’honneur solliciter :

[ ]  l’octroi d’un temps partiel thérapeutique à compter du

[ ]  la prolongation d’un temps partiel thérapeutique à compter du

Fait à

Le

Signature :

**A compléter par l’employeur**

Collectivité / Etablissement public :

Grade de l’agent :

Fonctions exercées par l’agent :

Rappel des périodes de temps partiel thérapeutique précédemment octroyées :

* Du au
* Du au
* Du au
* Du au
* Du au

Fait à

Le

Signature et cachet :

**AVIS DU MEDECIN TRAITANT**

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que l’état de santé de :

Mr / Mme

Nécessite :

* l’octroi d’un temps partiel thérapeutique [ ]
* la prolongation d’un temps partiel thérapeutique [ ]

L’autorisation d’accomplir le service à temps partiel pour raison thérapeutique est demandé dans le cadre :

* du maintien ou du retour à l’emploi de l’intéressé [ ]

et est reconnu comme étant de nature à favoriser

 l’amélioration de son état de santé ;

* du bénéfice d’une rééducation ou d’une réadaptation [ ]

professionnelle pour retrouver un emploi compatible

avec son état de santé.

***A compléter obligatoirement :***

Date de reprise ou de renouvellement prescrite :

Durée de la période *(entre 1 et 3 mois dans la limite de 1 an)*:

Quotité de temps de travail prescrite (50%, 60%, 70%, 80% ou 90%) :

 Fait à

 Le

 Signature et cachet