



**ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Bouches-du-Rhône

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

1 – Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné (e),

Nom d'usage

Nom

Corps

Affectation

Adresse personnelle

Code Postal

Ville

N° Sécurité Sociale

Prénom (s)

Grade

Tél. :

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

2 – Avis du médecin traitant

Je soussigné (e) , Docteur, certifie que l'état de santé de

Nom

Prénom (s)

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 TPT 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 + coordonnées du praticien

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



**ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Bouches-du-Rhône

3 – Avis du médecin agréé (à renvoyer à l'employeur)

Je soussigné (e) , Docteur , médecin agréé
Certifie que l'état de

Nom

Prénom (s)

➔ ☐ Avis favorable

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : %

À compter du :

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

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 TPT 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)	
duau	Affection identique ☐	Affection différente ☐
duau	Affection identique ☐	Affection différente ☐
duau	Affection identique ☐	Affection différente ☐

➔ ☐ Avis défavorable

Émet un avis non concordant avec l'avis du médecin traitant, selon conclusions médicales jointes sous pli confidentiel.

A , le
Signature

Merci d'adresser ce formulaire
DSDEN 13 – DP3 bureau des affaires médicales
28/34 bd Charles Nedelec 13231 Marseille cedex1
04.91.99.67.15