



# DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE (TPT)

## 1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage	N°sec. 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