

## Temps partiel thérapeutique

Décret n° 2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique territoriale

### **RENOUVELLEMENT** (après 3 mois déjà accordés)

#### **1. Partie à remplir par le fonctionnaire**

Je soussigné(e),

Nom : Prénom(s) :

Collectivité :

Grade : Fonctions :

Demande un temps partiel thérapeutique à compter du :

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 :

50%     60%     70%     80%     90%

A compter du : ..... / ..... / ..... et pour :  1 mois     2 mois     3 mois

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
- Un congé de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée
- Aucun congé pour raison de santé préalable

A

Le

Signature + coordonnées du praticien

**3. Avis du médecin agréé**

Je soussigné(e), Docteur

- **Avis favorable**

certifie que l'état de santé de

Nom :

Prénom(s) :

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à :

50%

60%

70%

80%

90%

A compter du : ..... / ..... / .....

et pour :  1 mois

2 mois

3 mois

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

- **Avis défavorable**

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

A

Le

Signature + coordonnées du praticien