

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE

☐ 1^{re} demande

☐ Demande de renouvellement

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage		N°séc. sociale	
Nom		Prénom(s)	
Téléphone		Mail	
Adresse			

demande un temps partiel pour raison thérapeutique à%

du : au : (dans la limite d'1 an)

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

A , le
Signature

2. Partie à remplir par le médecin en complément du certificat médical

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

Nom Prénom(s)

nécessite un travail à temps partiel pour raison thérapeutique à :

☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90%

du : au : (dans la limite d'1 an)

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

La demande est en lien avec :

- ☐ Un congé de maladie ordinaire,
- ☐ Un congé de longue maladie / grave maladie / longue durée
- ☐ Un accident de service ou une maladie professionnelle
- ☐ Autre (à préciser) :

A , le
Signature + coordonnées du praticien