



ACADÉMIE
DE POITIERS

Liberté
Égalité
Fraternité

ANNEXE 1

Avis du médecin traitant

A télécharger et à déposer par l'agent sur COLIBRIS après avoir été dûment remplie par le médecin traitant

L'agent devra attendre l'autorisation du service RH pour exercer ses fonctions à temps partiel thérapeutique.

- une première demande à adresser **au moins 15 jours avant la date de début du TPT envisagée**
- un renouvellement à adresser **au moins 1 mois (TPT2) ou 15 jours (TPT3 et 4) avant la date de fin de période déjà octroyée**

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

Nom _____ Prénom(s) _____

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à compter du :

Durée préconisée

1 mois 2 mois 3 mois

Quotité de temps partiel souhaitée

50% 60% 70% 80% 90%

- Conditions d'exercice des fonctions à temps partiel (en continu ou en discontinu, par journées ou demi-journées non travaillées ou sous forme de réduction journalière de la durée de travail).

.....
.....

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 + coordonnées du praticien

Partie à compléter uniquement si le médecin traitant n'a pas complété le présent formulaire.

- cerfa « avis d'arrêt de travail » avec prescription d'un temps partiel pour raison médicale avec mention durée 1,2 ou 3 mois et quotité de travail