

ANNEXE 2 bis



Courrier à remettre au médecin agréé avec la page « avis du médecin agréé »

Division des Personnels Enseignants
DPE
Cellule des congés spéciaux

22 rue Guillaume VII le Troubadour
CS 40625
86022 Poitiers Cedex

Poitiers, le

Monsieur le recteur,

à
Médecin agréé

Objet : Lettre de mission médecin agréé, demande de renouvellement de temps partiel thérapeutique

Références : Articles L823-1 à L823-6 du code de la fonction publique - Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

Docteur,

En application aux textes cités en références relatifs au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique d'état, un renouvellement de temps partiel thérapeutique d'un fonctionnaire au-delà de 3 mois déjà octroyés est accordé après avis concordants du médecin traitant et du médecin agréé.

Pour votre complète information, l'agent(e) que vous allez recevoir a été autorisé(e) à travailler à temps partiel thérapeutique pour une première période de trois mois.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir recevoir l'agent(e) en consultation et déterminer, au regard de l'avis formulé par son médecin traitant, si le renouvellement du temps partiel thérapeutique est justifié :

- soit parce que la poursuite de celui-ci est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé(e),
- soit parce que l'intéressé(e) doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Au terme de cet examen, vous porterez votre avis dans la partie réservée à cet effet du formulaire « avis du médecin agréé ». Vous devrez vous prononcer sur la quotité de temps de travail, sur la durée de la période de temps partiel et sur les conditions d'exercice des fonctions.

Dans l'hypothèse d'un avis défavorable à la demande de renouvellement de temps partiel thérapeutique, vous voudrez bien transmettre vos conclusions médicales sous pli confidentiel **au service des affaires médicales du rectorat de Poitiers – 22 rue Guillaume VII le Troubadour 86022 POITIERS CEDEX.**

Vos honoraires seront pris en charge par l'administration. Il convient à cet effet de ne pas utiliser la carte vitale de l'agent(e) mais de me transmettre les documents suivants à l'adresse suivante :

**Rectorat – service facturation DIBAG5
22 rue Guillaume VII le Troubadour
CS 40625
86022 Poitiers Cedex**

- votre relevé d'honoraire, conformément aux tarifs fixés par l'arrêté du 3 juillet 2007
- votre relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE)
- votre numéro du Système d'identification du répertoire des établissements (SIRET) composé de 14 chiffres.

Veillez agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

Recteur de l'académie de Poitiers

Frédéric PERISSAT