

**A télécharger et à déposer par l'agent sur COLIBRIS après avoir été dument remplie par le médecin agréé**

**Avis du médecin agréé pour toute demande de renouvellement de temps partiel pour raison thérapeutique au-delà de 3 mois.**

*(Référence : Décret N°2021-997 du 28 juillet 2021)*

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_, médecin agréé certifie que l'état de santé de

Nom Prénom(s)

Périodes de temps partiel pour raison thérapeutique déjà octroyées :

du ..... au .....
du ..... au .....
du ..... au .....

**Avis favorable**

nécessite un renouvellement de temps partiel à compter du : .....  
selon les modalités suivantes :

- Durée :  
 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

**Avis défavorable** émet un avis non concordant avec l'avis du médecin traitant, selon conclusions médicales jointes sous pli confidentiel (à adresser à sam@ac-poitiers.fr).