

AVIS MEDICAL DU MEDECIN AGREE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE TEMPS
PARTIEL THERAPEUTIQUE

Je soussigné(e), Docteur, médecin agréé certifie recevoir ce jour

Nom Prénom(s)

afin de me prononcer sur la nécessité d'un exercice professionnel à temps partiel thérapeutique et rend
l'avis suivant :

☐ **AVIS DEFAVORABLE AU TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

☐ **AVIS FAVORABLE AU TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

*Nota : le TPT est accordé par période de 3 mois dans la limite de 12 mois pour une même pathologie. Le TPT peut
être exercé de manière continue ou discontinue pour une période dont la durée totale ne dépassera pas une année.*

Justification du Temps Partiel Thérapeutique :

☐ la poursuite des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser
l'amélioration de l'état de santé du fonctionnaire dans le cas d'une pathologie similaire au(x)
TPT précédent(s)

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 dans le cas d'une pathologie
similaire au(x) TPT précédent(s)

Si avis favorable, l'agent nécessite une quotité de travail à temps partiel thérapeutique à hauteur de :

.....% à compter du : / /

pour une durée de mois

Signature + cachet

A

Le

Adresse d'envoi postal :

DSDEN 44 – Pôle 1^{er} degré

SERVICE DPE

B.P. 72616

44326 NANTES CEDEX 3

pole1d44-administratif@ac-nantes.fr

Adresse pour envoi numérique :