



**PRÉFET
DE LA MAYENNE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction départementale
de l'emploi, du travail, des solidarités
et de la protection des populations**

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

Ceci est une demande : d'octroi de prolongation

Partie 1 : Demande de l'agent

Je soussigné (e),

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... N° SS :

Adresse :

Employeur :

Grade :

demande un temps partiel thérapeutique à : % (précisez la quotité de travail souhaitée)
à compter du/...../..... (précisez la date de départ souhaitée)

pour : 1 mois 2 mois 3 mois (précisez la durée souhaitée de la période)

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

.....
.....

A, le/...../.....

Signature :

Partie 2 : Certificat médical du médecin traitant

Je soussigné(e),

Docteur (nom/prénom), certifie que l'état de santé de mon

patient : (nom/prénom de l'agent) nécessite un travail à

temps partiel thérapeutique à : % (précisez la quotité de travail souhaitée)

à compter du/...../..... (précisez la date de départ souhaitée)

pour : 1 mois 2 mois 3 mois (précisez la durée souhaitée de la période)

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

.....
.....

Justification de la demande :

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 et cachet :