



**DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE
CONCLUSIONS ADMINISTRATIVES**

Expertise du/...../..... de M./Mme (nom/prénom de l'agent),
employé par (nom de l'employeur)

Je soussigné(e),

Docteur (nom/prénom) certifie que l'état de santé de l'agent :
..... (nom/prénom de l'agent)

> Avis **FAVORABLE**

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) :

.....
.....

Précisez s'il s'agit : d'un octroi de TPT ou d'un renouvellement de TPT

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

> Avis **DEFAVORABLE**

émet un avis non concordant avec l'avis du médecin traitant, **selon le rapport médical joint sous pli
confidentiel.**

Observations diverses à l'attention de l'employeur :

.....
.....
.....

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

Signature et cachet :

Coordonnées complètes du médecin :

.....
.....
.....