

Avis du médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur _____ certifie que l'état de santé de
M./Mme _____

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : 50% 60% 70% 80% 90%

pour une durée de : 1 mois 2 mois 3 mois 6 mois

à compter du : ___/___/_____

selon les préconisations suivantes :

- fréquence (*x jours par semaine*) : _____
- jours travaillés : lundis mardis mercredis jeudis vendredis
- autres préconisations : _____

La demande est en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle :

Oui Non

Je suis favorable à l'exercice à temps partiel thérapeutique parce que :

la reprise des fonctions à temps partiel est de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé(e)

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

A _____

le ___/___/_____

Signature et cachet du médecin :



**ACADÉMIE
DE PARIS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Informations à l'attention du médecin traitant :

En qualité de médecin donnant habituellement des soins à l'intéressé, vous devez vous prononcer sur sa demande de temps partiel thérapeutique.

Cette modalité de service vise à favoriser le maintien dans l'emploi des agents publics, notamment en autorisant une reprise partielle tout en maintenant une rémunération à plein traitement, pendant maximum douze mois.

Cette modalité est accordée sous réserve que vous et un médecin agréé considériez que :

- soit une reprise à temps partiel serait de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé
- soit la reprise à temps partiel se justifie par le fait que l'intéressé doive faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle.

En conséquence, je vous remercie de bien vouloir compléter le document 2, dans lequel il vous est demandé de préciser votre avis, son motif et la quotité de temps de travail préconisée, celle-ci pouvant aller de 50 à 90%.

Au terme de l'examen, je vous remercie de bien vouloir remettre le document 2 daté et signé à l'intéressé.

Pour toutes questions relatives à la situation médicale de l'agent vous pouvez contacter :

✉ Service médical de prévention en faveur des personnels (SMFP)

A l'attention du médecin conseiller technique du Recteur

12 boulevard d'Indochine

75019 Paris

☎ 01.44.62.47.34

✉ ce.medecineprevention@ac-paris.fr