

**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%  75%

pour une durée de :  1 mois  2 mois  3 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 :

**Document à remettre à l'intéressé, charge à lui de le transmettre à son administration**

## 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](mailto:ce.medecineprevention@ac-paris.fr)