

Avis du médecin agréé

Je soussigné(e), Docteur _____ médecin agréé, certifie avoir examiné _____ et émets l'avis suivant :

☐ **Avis FAVORABLE à la demande de temps partiel thérapeutique (TPT)**

quotité de temps de travail : ☐ 50% ☐ 75%

durée : ☐ 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
- autre(s) préconisation(s) : _____

Justifications médicales de l'avis : cette modalité de reprise est de nature à améliorer de l'état

☐ de santé de l'intéressé ; l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une

☐ réadaptation professionnelle pour

retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

La demande est en lien avec un accident ou une maladie professionnelle : ☐ Oui ☐ Non

ATTENTION, les droits à TPT ne peuvent dépasser un an consécutif

☐ **Avis DEFAVORABLE à la demande de temps partiel thérapeutique (TPT)**

☐ parce que l'état de santé lui permet une reprise à temps plein son activité professionnelle

☐ parce que l'état de santé ne lui permet pas de reprendre son activité professionnelle autre

☐ : _____ En cas

d'avis défavorable, je vous remercie de bien vouloir faire parvenir un **rapport médical détaillé** à Conseil médical, 12 bd d'Indochine, CS 40049, 75933 PARIS.

A _____ le ____/____/____

Signature et cachet du médecin :

Merci de retourner le document dûment complété à :

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE PARIS, 12 bd d'Indochine, CS 40049, 75933 PARIS Cedex 19, BUREAU :

- **DE3** pour les enseignants du premier degré public (professeurs des écoles)
- **DPE1** pour les enseignantes du second degré public (professeurs certifiés, agrégés, PLP, CPE, COI, PEN)
 - **DEP** pour les enseignants de l'enseignement privé
- **DPATSS** pour les personnels administratifs, techniques, sociaux, de santé et de Jeunesse et Sports
 - **BPE** pour les personnes de direction et d'inspection

accompagné d'un **RIB, n° de SIRET et d'une facture** (28€ pour un généraliste, 46,70€ pour un psychiatre)

Informations à l'attention du médecin agréé

bureau DE3 (pour les professeurs des écoles)
bureau DPE1 (pour les enseignants du second degré)
bureau BPE (pour les personnels de direction et d'inspection)
bureau DEP (pour les enseignants de l'enseignement privé)
bureau DPATSS (pour les personnels administratifs, techniques, sociaux, de santé et de la Jeunesse et des Sports)

12 boulevard d'Indochine
CS 40049
75933 PARIS cedex 19

Le Recteur de l'académie de Paris

A l'attention du médecin agréé

Objet : avis médical relatif à une demande de temps partiel thérapeutique

Réf : article 34 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984

A la demande du Recteur de l'académie de Paris, vous recevez en consultation un agent public qui a formulé une demande d'autorisation ou de renouvellement de service à temps partiel thérapeutique.

Cette modalité de service est accordée sous réserve qu'un médecin agréé estime la mesure médicalement justifiée, au motif que :

- soit la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé ;
- soit l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Ainsi, je vous remercie de bien vouloir renseigner votre avis médical sur le document 3. Vos honoraires sont pris en charge par l'administration. Je vous remercie de ne pas utiliser la carte vitale du fonctionnaire et de bien vouloir retourner à l'adresse indiqué en haut à gauche du présent courrier :

1. un relevé d'honoraire de 28€ (généraliste) ou 46,70€ (psychiatre) ou la facture ci-jointe
2. un RIB
3. votre n° de SIRET, ou à défaut votre date et lieu de naissance

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

✉ Service médical de prévention en faveur des personnels
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

Veuillez agréer, Docteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Document à renvoyer à :

**RECTORAT DE PARIS, 12 bd d'Indochine, CS 40049, 75933 PARIS Cedex 19,
BUREAU :**

- **DE3** pour les professeurs des écoles
- **DPE** pour les enseignants du second degré, CPE, CIO, psychologue
- **BPE** pour les personnels de direction et d'inspection
- **DEP** pour les enseignants de l'enseignement privé
- **DPATSS** pour les personnels administratifs (ADJAENES, SAENES, AAE, APAE), techniques (ATRF, ATEE), sociaux (ASS), de santé (médecin, INFENES) et de la Jeunesse et des Sports (CEPJ, CTS, CTPS)

REGLEMENT DES HONORAIRES DES MEDECINS AGREES

Vu l'arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes

Vu l'arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes

Vu la circulaire FP n°2070 du 2 mars 2004 relative au secret médical

Vu le décret n°2015-1869 du 30 décembre 2015

Vu l'article D31-2 code sécurité sociale

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

1) NOM, Prénom et spécialité du médecin (ou cabinet médical) :

2) **NOM et Prénom de l'agent examiné :**

3) **Objet de l'examen complémentaire :**

4) Grade :

5) Date de l'examen :/...../.....

6) **Montant total de la visite (en lettres et cocher ci-dessous la case correspondante) :**

	Médecin :	Actes (lettres clés NGAP) :	Tarifs conventionnels :
<input type="checkbox"/>	Généraliste	C + MCG + MCS + MCC	28 €
<input type="checkbox"/>	Cardiologue	CSC + MPC + MCG + MCS + MCC	51 €
<input type="checkbox"/>	Psychiatre, neurologue	CNPSY + MPC + MCG + MCS + MCC	46,70 €

7) Je vous remercie de joindre IMPERATIVEMENT un RIB et de compléter les informations suivantes :

Numéro de SIRET :

Si pas de n° de SIRET, n° de sécurité sociale : | | | | | | | | | |

date de naissance :/...../..... et lieu de naissance :

Cachet et signature du médecin :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Objet de l'examen : expertise médicale

Programme supportant la dépense : ☐ 139 (Privé) ☐ 150 (Supérieur) ☐ 214 (Enseignants) ☐ 214 (Administratifs)

Somme à payer (en toutes lettres) :

Vu pour la certification du service fait : _____ à Paris, le/...../.....

Signature :

Agrafaer un relevé d'identité bancaire (RIB)