

ANNEXE 2

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984

Ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 - Décret n° 2021-997 du 28 juillet 2021

1 – Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné (e),

Nom d'usage

Date de naissance :

Nom de jeune fille

Prénom (s)

Corps

Discipline

Grade

Affectation

Adresse personnelle

Code Postal

Ville

Téléphone :

Adresse mail :

sollicite un temps partiel thérapeutique

Cette demande est

☐ une première demande

☐ une demande de prolongation

<p>A _____, le _____</p> <p>Signature de l'agent</p>	<p>A _____, le _____</p> <p>Visa du supérieur hiérarchique</p>
--	--

2 – Avis du médecin traitant

Je soussigné (e) , Docteur _____, certifie que l'état de santé de

Nom

Prénom (s)

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : %

La demande est en lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle :

☐ oui

☐ non

Durée préconisée :

Justification du TPTH :

☐ l'octroi du TPTH est reconnu 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

<p>A _____, le _____</p> <p>Signature, coordonnées + timbre du praticien</p>
--

Document à retourner :

Pour les personnels du 2^{ème} degré - 1^{er} degré privé – Jeunesse et sports : Au Rectorat DAP – SAM ou bureau des accidents de service - 1 place Lucien Paye - 13621 Aix en Provence cedex 1

Pour les enseignants du premier degré à la DSDEN du département d'affectation – bureau des affaires médicales