

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE UNIQUEMENT POUR LES DEMANDES INFERIEURES A TROIS MOIS

(Décret n° 2021-997 du 28/07/2021 - Ordonnance n° 2020-1447 du 25/11/2020 – Décret n° 86-442 du 14/03/1986 - Article 34 bis de la loi n° 84-16 du 11/01/1984)

**Formulaire à retourner complété aux  
coordonnées ci-contre :**

**DSDEN de Lot et Garonne**  
**Bureau Accident du travail – Affaires médicales**  
Affaire suivie par : Céline COURROS  
Tél : 05 53 67 70 22  
Mél : [celine.courros1@ac-bordeaux.fr](mailto:celine.courros1@ac-bordeaux.fr)  
23, Rue Roland Goumy - CS 10001  
47916 AGEN CEDEX 9

### 1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussignée(e),

Nom d'usage			N°séc. sociale	
<b>Nom</b>			<b>Prénom(s)</b>	
Corps			Grade	
Fonction				
Affectation				
Adresse personnelle				
Code postal				

demande un temps partiel thérapeutique à : ..... % (de 50 % à 90 %)

à compter du : .....

selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) : .....

.....

.....

Cette demande est : ☐ une première demande ☐ un renouvellement

A , le *Signature*

## 2. Avis du médecin traitant

*Uniquement pour les demandes d'octroi ou de renouvellement avant trois mois d'activité à temps partiel thérapeutique.*

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

Nom

Prénom(s)

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : ..... % (de 50 % à 90 %) à compter du : .....

selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

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

Durée préconisée : ☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois

☐ 6 mois (durée possible uniquement pour les accidents de services et/ou maladie professionnelle – Formulaire à retourner accompagné du cerfa n°11138\*05)

### Justification du temps partiel thérapeutique :

☐ permet le maintien ou le retour à l'emploi et 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

A \_\_\_\_\_, le

**Signature et coordonnées du praticien (cachet) :**

**Au-delà de 3 mois de temps partiel thérapeutique, une visite chez un médecin agréé est requise par la réglementation.**

✓ Le médecin traitant est invité à remettre au fonctionnaire, sous pli confidentiel, les pièces médicales à l'attention du médecin agréé.

✓ L'agent doit envoyer un mail de demande de prolongation de temps partiel thérapeutique, au-delà de trois mois, au service des affaires médicales, un mois avant la fin de la période en cours.

Partie à compléter uniquement si le médecin traitant n'a pas complété le présent formulaire : l'employeur coche la case correspondante et agrafe une copie du cerfa au formulaire :

☐ cerfa « avis d'arrêt de travail » avec prescription d'un temps partiel pour raison médicale

☐ cerfa « certificat médical accident du travail /maladie professionnelle » avec prescription d'un travail léger pour raison médicale.