



**IDENTIFICATION DE L'AGENT**

---

Nom de naissance

N° de SS

Nom d'usage

Corps\*

Prénom

Grade\*

Matricule

Affectation

Adresse électronique

Fonctionnaire titulaire

Fonctionnaire stagiaire

Statut

Contractuel

Ouvrier d'État

Adresse personnelle

\* à renseigner, seulement si l'agent est titulaire

**INFORMATIONS RELATIVES A LA DEMANDE**

---

Cette demande est une :

Une première demande

Un renouvellement

Date d'effet souhaitée :

Quotité de travail :

%

Modalités (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

A

Le

*Signature de l'agent*

## AVIS DU MEDECIN TRAITANT

---

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

NOM

Prénom(s)

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à :  %

À compter du :

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

Durée préconisée :

1 mois

2 mois

3 mois

Justification du temps partiel thérapeutique :

La reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'agent

L'agent 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*

*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*

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

---

- Vous êtes fonctionnaire (titulaire/stagiaire) ou ouvrier d'État

Vous devez transmettre à votre supérieur hiérarchique au moins 3 semaines avant la date de début souhaitée :

- Le présent formulaire dûment complété et signé ;
- Un certificat médical, sous pli confidentiel.

En cas de demande de renouvellement, au-delà de 3 mois (continus ou discontinus), l'administration fera procéder, sans délai, à une expertise médicale auprès d'un médecin agréé.

- Vous êtes contractuel

Vous devez transmettre à votre supérieur hiérarchique au moins 3 semaines avant la date de début souhaitée :

- Le présent formulaire dûment complété et signé ;
- Un certificat médical, sous pli confidentiel ;
- L'accord de votre CPAM.