



**ANNEXE 3**

Bureau des Affaires Médicales  
Affaire suivie par :  
Lillina Amy  
Tél. : 04 76 74 71 28  
Nathalie Brismalein  
Tél. : 04 76 74 71 26  
Mél : ce.drh-affaires-medicales  
@ac-grenoble.fr

Rectorat de Grenoble  
7, place Bir-Hakeim - CS 81065  
38021 Grenoble Cedex 1

La rectrice de l'académie

à

Madame ou monsieur le médecin  
généraliste agréé

**Objet : Temps partiel thérapeutique**

**Réf. : Circulaire ministérielle NOR : CPAF1807455C du 15 mai 2018**

Vous trouverez ci-joint :

- la demande de temps partiel thérapeutique
- accompagnée du certificat médical de son médecin traitant,

Je vous remercie de bien vouloir nous retourner dans les meilleurs délais, l'imprimé « Avis du médecin agréé » dûment complété, daté et signé par vos soins.

Vous voudrez bien joindre à cet avis, sauf si vous avez déjà obtenu un remboursement depuis janvier 2010 :

- vos états d'honoraires
- votre R.I.B. comportant expressément vos nom, prénom et adresse
- le numéro de SIRET.

**Direction des ressources humaines  
Le Bureau des Affaires médicales**



**ANNEXE 3**

**AVIS DU MEDECIN AGREE**

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

**AVIS FAVORABLE**

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à  % à compter du

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

Dans le cadre d'une maladie non professionnelle et dans l'hypothèse où l'agent solliciterait une prolongation de ce temps partiel thérapeutique à l'issue de cette première période de 3 mois, j'émet un avis **FAVORABLE** pour porter la durée totale de ce temps partiel thérapeutique à :

- 1 mois     2 mois     3 mois

L'agent doit-il bénéficier d'un aménagement de ses fonctions en liaison avec le médecin de prévention ?

- Oui                                       Non

**Justification du TPT :**

la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue 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

Dans l'hypothèse où l'agent a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel thérapeutique, préciser si la présente demande est effectuée au titre de la même affection :

Périodes précédemment accordées			Demande en cours <i>(cases à cocher par le médecin agréé)</i>	
Du		au	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
Du		au	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
Du		au	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>

**AVIS DEFAVORABLE**

Emet un avis non concordant avec l'avis du médecin traitant, selon conclusions médicales jointes sous pli confidentiel

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

*Signature + coordonnées du praticien*