

Avis du médecin agréé

Temps Partiel pour raison Thérapeutique

Je soussigné(e),

Docteur :

Médecin agréé,

Adresse :

Téléphone :

Certifie avoir examiné le :

Madame/Monsieur

Nom :

Prénom :

Employeur(s) :

Et émet l'avis suivant :

Motif de l'avis :

Le renouvellement du Temps Partiel pour raison Thérapeutique est-il justifié ?

FAVORABLE

Quotité de travail : 50 % 60 % 70 % 80 % 90 %

Durée : 1 mois 2 mois 3 mois

À compter du :

Modalités d'exercice (restrictions, aménagement de poste) :

.....

.....

Justification du Temps Partiel pour raison Thérapeutique :

le Temps Partiel pour raison Thérapeutique 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

DEFAVORABLE *

 * Dans le cas d'un avis défavorable, merci de bien vouloir joindre un rapport médical détaillé 

SOUS PLI CONFIDENTIEL.

A, le

Signature + cachet