

**DEMANDE DE PROLONGATION DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE**

**1. Avis du médecin agréé : à compléter uniquement en cas de prolongation**

*A renvoyer à l'employeur*

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_, médecin agréé

Certifie que l'état de santé de

Nom

Prénom(s)

➤ **Avis favorable**

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : ..... %

à compter du : .....

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

Périodes précédemment accordées <i>(cases à compléter par l'employeur)</i>	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 défavorable**

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

Motifs :

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

*Signature*