

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage			
Nom		Prénom(s)	
Catégorie		Grade	
Affectation			
Adresse personnelle			
Code postal		Ville	

demande un temps partiel thérapeutique à : % pour une durée de :
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

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 (de 1 à 3 mois) :

A , le

Signature