

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

FICHE DE LIAISON MEDICALE

1. Partie à remplir par l'agent (demande)

Je soussigné(e),

Nom : _____ **Prénom :** _____

Né(e) le : _____ **N° Séc. Sociale :** _____

Grade : _____

Adresse personnelle : _____

Collectivité employeur : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

Médecin de prévention : _____

Courriel : _____

demande un temps partiel thérapeutique à : _____ % à compter du : _____

Cette demande est : une première demande un renouvellement

A _____, le _____ Signature

2. Avis du médecin traitant (certificat médical)

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie que l'état de santé de : NOM _____ Prénom _____

En activité en **CMO - CLM - CGM - CLD *** (barrer les mentions inutiles) depuis le _____

en **CITIS** depuis le _____

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

La demande est en lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle / imputable au service	Durée préconisée
NON	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 2 mois <input type="checkbox"/> 3 mois
OUI	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 2 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 4 mois <input type="checkbox"/> 5 mois <input type="checkbox"/> 6 mois

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.
- le fonctionnaire doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour reprendre son activité professionnelle.

A _____, le _____ Signature + coordonnées du praticien

Si le médecin traitant n'a pas complété le présent formulaire, l'employeur agrafe une copie du cerfa au présent formulaire

* CMO = congé maladie ordinaire CLM = congé longue maladie CGM = congé grave maladie CLD = congé longue durée
CITIS = congé d'inaptitude temporaire imputable au service

FICHE DE LIAISON MEDICALE

3. Avis du médecin agréé (conclusions administratives)

Avis favorable

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie que l'état de santé de : NOM _____ Prénom _____

En activité en **CMO - CLM - CGM - CLD** * (*barrer les mentions inutiles*) depuis le _____

en **CITIS** depuis le _____

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

La demande est en lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle / imputable au service	Durée préconisée
NON	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 2 mois <input type="checkbox"/> 3 mois
OUI	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 2 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 4 mois <input type="checkbox"/> 5 mois <input type="checkbox"/> 6 mois

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.
- le fonctionnaire doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour reprendre son activité professionnelle.
- 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 de TPT précédemment accordées (cases à compléter par l'employeur)	Demande en cours (cases à cocher par le médecin agréé)	
Du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Affection identique	<input type="checkbox"/> Affection différente
Du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Affection identique	<input type="checkbox"/> Affection différente
Du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Affection identique	<input type="checkbox"/> Affection différente
Du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Affection identique	<input type="checkbox"/> Affection différente

Avis défavorable

Je soussigné(e), Docteur _____

Emet un avis non concordant avec l'avis du médecin traitant.

A _____, le _____ Signature + coordonnées du médecin agréé

* CMO = congé maladie ordinaire CLM = congé longue maladie CGM = congé grave maladie CLD = congé longue durée
CITIS = congé d'inaptitude temporaire imputable au service

Vous devez adresser à l'employeur 2 documents séparés :

- La présente fiche de liaison dûment complétée qui fait office de conclusions administratives à destination de la collectivité et qui ne doit porter aucune mention de la pathologie concernée.
- Le rapport d'expertise détaillé, **sous pli confidentiel**, que la collectivité transmettra au secrétariat du conseil médical pour classement dans le dossier médical de l'agent.