

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE INCLUANT LE  
CERTIFICAT MÉDICAL DU MÉDECIN TRAITANT

**DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE**  
**1<sup>er</sup> DEGRÉ**

**1. Partie à remplir par le fonctionnaire**

Je soussigné(e),

Nom d'usage			Date de naissance	____ / ____ / ____	
<b>Nom</b>			<b>Prénom(s)</b>		
Fonction					
Affectation					
Personnel enseignant	<input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Public				
Adresse personnelle					
Code postal		Ville			
Téléphone			Courriel		

demande un temps partiel thérapeutique à :  50%  60%  70%  80%  90%

à compter du : ..... pour une durée de : ..... mois

**Situation de l'agent** :  En activité (à ..... %)  
 Maladie ordinaire  
(préciser si arrêt de travail en cours  
du ..... au .....)

Dans l'hypothèse où l'agent a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel thérapeutique,  
préciser les périodes concernées : .....

**Signature**

À .....

Le .....

## 2. Certificat médical du médecin traitant

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 : .....

pour une période de : ..... (1 à 3 mois maximum)

*Nota : pour les reprises suite à une maladie d'origine non professionnelle, le Temps Partiel Thérapeutique est accordé par période de 1 à 3 mois dans la limite de 12 mois pour une même pathologie. Le TPT peut être exercé de manière continue ou discontinue pour une période dont la durée totale ne dépassera pas une année.*

Justification du Temps Partiel Thérapeutique :

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

### **Signature + coordonnées du praticien**

À .....

Le .....

**Adresse d'envoi postal :**

**DSDEN 44  
Pôle 1<sup>er</sup> degré – DPE  
B.P. 72616  
44326 NANTES CEDEX 3**

**Adresse pour envoi numérique du document complété :** [pole1d44-administratif@ac-nantes.fr](mailto:pole1d44-administratif@ac-nantes.fr)

---

L'employeur coche la case ci-dessous et agrafe une copie du cerfa ou du certificat médical au formulaire, si le médecin n'a pas complété ce dernier.

cerfa « avis d'arrêt de travail » avec prescription d'un temps partiel pour raison médicale par le médecin traitant