

FORMULAIRE DE DEMANDE INITIALE **DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE (TPT)**

Notice d'utilisation du formulaire :

1. Compléter la partie « LE FONCTIONNAIRE »
2. Faire compléter la partie « AVIS DU MÉDECIN TRAITANT » par votre médecin traitant
3. Transmettre le formulaire complété par mail à dsden59.dpep-tpt@ac-lille.fr avec l'IEN de votre circonscription en copie. Dans un souci d'organisation, l'installation d'un TPT nécessite au maximum 10 jours ouvrés à compter de la réception de la demande.

LE FONCTIONNAIRE (à compléter par l'agent)

Nom d'usage : Prénom(s) :
 Nom de naissance : Fonction :
 Corps : (préciser si vous êtes enseignant spécialisé, directeur, ...)
 Affectation :
 Adresse personnelle :
 Code postal : Ville :
 demande un temps partiel thérapeutique à %
 à compter du : pour une période de :
 selon les modalités souhaitées (préciser les périodes travaillées et non travaillées)

| | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | |
|------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------------|
| Matin | <input type="text"/> | T = travaillée NT = non travaillée |
| Après-midi | <input type="text"/> | |

AVIS DU MÉDECIN TRAITANT (à compléter par le médecin traitant)

Je soussigné(e), Docteur , certifie que l'état de santé de
 Nom : Prénom(s) :
 nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à % selon les modalités souhaitées.
 à compter du : pour une période de :

La demande est en lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle :

Oui Non

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 retrouver un emploi compatible avec son état de santé

A , le

Coordonnées du médecin :

Signature et cachet du médecin :