

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REPRISE À TEMPS COMPLET APRÈS UN 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, la reprise à temps complet après un TPT n'est possible qu'à mois échu.

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 la reprise à temps complet après un temps partiel pour raison thérapeutique
à compter du : (la reprise à temps complet n'est possible qu'à mois échu)

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

Je soussigné(e), Docteur , certifie que l'état de santé de

Nom : Prénom(s) :

lui permet de reprendre ses fonctions à temps complet

à compter du : (la reprise à temps complet n'est possible qu'à mois échu)

ne lui permet pas de reprendre ses fonctions à temps complet selon les conclusions médicales jointes sous pli confidentiel

A , le

Coordonnées du médecin :

Signature et cachet du médecin :