ACADÉMIE
DE LYON
Liberté
Égalité
Fraternité

DEMANDE INITIALE

DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE

DES ATSS ET DES ENSEIGNANTS DU SECOND DEGRE DU PUBLIC ET DU PRIVE

Les enseignants du premier degré et les contractuels doivent s'adresser à leur service gestionnaire

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Département d'affectation : Ain ☐ Loire ☐ Rhône ☐

Je soussigné(e), Nom : ……Prénom(s) : ……..

Né(e) le :……..…… Corps :……..……

Affectation ;
……
……
……

Adresse mail académique : .....@ac-lyon.fr

Téléphone : …….

Demande un temps partiel thérapeutique à une quotité de : ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90%

Ou pour les enseignants du second degré : nombre d'heures /obligation de service statutaire : ...../……

A compter du :……..……pour une période de : ☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois

A……. le……..

Signature de l'intéressé(e)

ACADÉMIE
DE LYON
Liberté
Égalité
Fraternité

2. Avis du médecin traitant

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

Nom :……..Prénom(s) : ……

Nécessite l'exercice d'un travail à temps partiel pour raisons thérapeutiques :

à une quotité de ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90%

Ou, pour les enseignants du second degré, de ……heures sur ……(obligation de service statutaire)

A compter du :……pour une période de : ☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois

Selon les modalités suivantes :
……
……
……
……

Demande en lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle : ☐ Oui ☐ Non

<u>Justification du temps partiel pour raisons thérapeutiques :</u>

☐ le maintien ou le retour à l'emploi de l'intéressé est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé

☐ 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……..

Signature, tampon et coordonnées du praticien
……
……
……

3. Visa du supérieur hiérarchique

Vu par le supérieur hiérarchique le : …..……

Nom et prénom Signature et tampon