

**DIPER**

Bureau gestion individuelle et financière

Tél : 04 74 45 58 47

Mél : ce.ia01-diper@ac-lyon.fr

10, rue de la Paix

BP 404

01012 Bourg-en-Bresse Cedex

## DEMANDE DE RENOUVELLEMENT TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

### 1. Partie à remplir par le demandeur

Je soussigné(e),

Nom d'usage		N° Sécu. Sociale	
Nom		Prénom(s)	
Corps		Grade	
Affectation			
Adresse personnelle			
Code postal		Ville	

Demande un temps partiel thérapeutique à :       50%       75%       80%

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

Selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées)

A ..... le .....

Signature de l'intéressé(e)

## 2. Avis du médecin traitant

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

Nom : .....Prénom(s) : .....

Nécessite que l'intéressé(e) exerce un travail à temps partiel pour raison thérapeutique avec une quotité de  50%  75%  80%

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

Selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées)

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

Oui  Non

Justification du temps partiel pour raison thérapeutique :

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 .....

Timbre du praticien

Signature

### 3. Avis du médecin agréé

Je soussigné(e), Docteur....., médecin agréé,  
certifie avoir procédé à l'expertise de :

Nom : .....Prénom(s) : .....

A la suite de cet examen :

**Avis favorable**

Nécessite que l'intéressé(e) exerce un travail à temps partiel pour raison thérapeutique avec  
une quotité de       50%       75%       80%

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

Selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées)

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

Oui  Non

Justification du temps partiel pour raison thérapeutique :

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.

L'agent a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel pour raison thérapeutique

Oui  Non

Périodes précédemment accordées :

.....  
.....

**Avis défavorable** à la demande de l'intéressé(e) et non concordant avec l'avis  
du médecin traitant, selon conclusions médicales jointes sous pli confidentiel.

A ..... le .....

Timbre du praticien

Signature

**DIPER**  
**Cheffe de division**

Bourg-en-Bresse, le 12 octobre 2021

Affaire suivie par :  
Sandrine PAYET

L'inspectrice d'académie  
directrice académique des services  
de l'éducation nationale de l'Ain

Tél : 04 74 45 58 48  
Mél : ce.ia01-diper@ac-lyon.fr

10, rue de la Paix  
BP 404  
01012 Bourg-en-Bresse Cedex

**Objet** : demande de temps partiel thérapeutique

**Référence** : décret n°2021-997 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique de l'Etat

Docteur,

Conformément au décret cité en référence, le renouvellement de l'autorisation de travailler à temps partiel thérapeutique d'un fonctionnaire est accordé après avis concordants du médecin traitant et du médecin agréé.

Dans ce cadre, je vous remercie de bien vouloir recevoir en consultation cet(te) enseignant(e) afin de déterminer, au regard de l'avis formulé par son médecin traitant, si l'exercice de ses fonctions à temps partiel thérapeutique est justifié, la reprise des fonctions à temps partiel pouvant être de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé(e).

A l'issue de l'examen médical pratiqué, je vous remercie de bien vouloir remettre en main propre à l'agent, le formulaire de renouvellement de temps partiel thérapeutique dûment complété.

Par ailleurs, il conviendra de me transmettre par **voie postale** :

- vos conclusions médicales sous pli confidentiel, en cas d'avis défavorable ;
- le formulaire de demande de prise en charge des honoraires complété conformément aux tarifs fixés par l'arrêté du 3 juillet 2007 et accompagné d'un RIB.

Comme vous le savez, le service accompli à ce titre peut être exercé de manière continue ou discontinue pour une période dont la durée totale peut atteindre un an au maximum.

Par ailleurs, lorsqu'un fonctionnaire a épuisé ses droits à temps partiel pour raison thérapeutique, il retrouve le droit à ce temps partiel lorsqu'il s'est écoulé un an à compter du terme de la dernière période de temps partiel pour raison thérapeutique qui lui avait été accordée.

Mes services restent à votre disposition pour tous renseignements complémentaires que vous souhaiteriez obtenir.

Veillez agréer, Docteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour l'inspectrice d'académie-directrice académique  
des services de l'éducation nationale de l'Ain  
et par délégation



Le secrétaire général  
François MULLETT