



**ACADÉMIE
DE LYON**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RENOUVELLEMENT

DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE

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

Si le TPT est en lien avec un accident de travail, de service ou une maladie professionnelle, adressez votre demande au service DBF4

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, deheures 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

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.....

Signature, tampon et coordonnées du praticien

.....
.....
.....
.....



ACADÉMIE DE LYON

Liberté
Égalité
Fraternité

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 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, deheures 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

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

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.....

Signature, tampon et coordonnées du praticien

4. Visa du supérieur hiérarchique

Vu par le supérieur hiérarchique le :

Nom et prénom

Signature et tampon



ACADÉMIE DE LYON

Liberté
Égalité
Fraternité

Le recteur de la région académique
Auvergne – Rhône Alpes
Recteur de l'académie de Lyon
Chancelier des universités

RECTORAT
Direction des ressources humaines
Pôle des affaires médicales

Tél : 04 72 80 64 43 / 64 17
Courriel : pam@ac-lyon.fr

92, rue de Marseille
69007 Lyon

Objet : demande de temps partiel thérapeutique

Référence : Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

Docteur,

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

Vous voudrez bien recevoir cet agent en consultation 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 du fait que la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant 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

Enfin, j'attire votre attention sur le fait qu'un 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. Lorsqu'un fonctionnaire a épuisé ses droits à temps partiel pour raisons thérapeutiques, 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 raisons thérapeutiques qui lui avait été accordée.

Mes services restent à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

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

Pour le recteur et par délégation,
La secrétaire générale,
Directrice des ressources humaines,

Stéphanie De Saint Jean