

Note d'information pour les congés maladies

Pôle RH – Service de gestion des affaires sociales et transversales

CMO : Congé ordinaire de maladie / CLM : Congé de longue maladie / CLD : Congé de longue durée / CGM : Congé de grave maladie (non titulaires) / RI : Retraite pour invalidité

Références :

- Loi n° 84-11 du 11 janvier 1984, complétée par le décret 86-83 du 17 janvier 1986
- Décret n° 86-442 du 14 mars 1986, complété par la circulaire n° 1711, 34/CMS ET 2B du 30 janvier 1989
- Décret 94-874 du 7 octobre 1994
- Loi n° 2007-148 du 2 février 2007
- Ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017, art 8

1 – Congé ordinaire de maladie (CMO)

La transmission sans délai du certificat médical initial

Pour **obtenir un congé de maladie**, ainsi que son éventuelle prolongation, le fonctionnaire doit transmettre à son chef d'établissement, **sans délai**, un certificat médical de son médecin traitant qui constate l'impossibilité pour l'intéressé d'exercer ses fonctions du fait de la maladie.

La gestion des irrégularités

Tout retard apporté dans la transmission du certificat médical, s'il n'est pas dûment justifié par le fonctionnaire, **oblige** le chef d'établissement à constater l'irrégularité de la situation dans laquelle se trouve l'intéressé et à en tirer toutes les conséquences de droit (notamment la mise en œuvre du décret n°2014-1133 du 3 octobre 2014 précisant les conditions de réduction de la rémunération de moitié en cas de transmission tardive de l'avis d'arrêt de travail et la mise en œuvre de la procédure d'abandon de poste prononcée par l'administration après **mise en demeure explicite** avec accusé de réception adressée à l'intéressé(e) à 8 jours d'intervalle).

Les contre-visites à l'initiative du chef d'Établissement

Le chef d'établissement peut faire procéder à **tout moment** à la contre-visite du fonctionnaire par un médecin agréé (sauf en cas d'accident de service ou de trajet, la gestion des congés y afférents relevant **exclusivement** des services du Rectorat). L'agent doit se soumettre à ce contrôle, sous peine d'interruption du versement de sa rémunération. A l'issue de la contre-visite, le médecin agréé fait connaître ses conclusions au chef d'établissement, qui les transmet sans délai au bureau de gestion concerné.

La contre-visite peut également être diligentée directement par le service de gestion des personnels.

La durée des congés ordinaires de maladie

• Personnels titulaires

- La **durée maximale** du congé ordinaire de maladie est d'**un an** (3 mois à plein traitement et neuf mois à demi-traitement).
- **Après six mois de congé consécutifs**, le comité médical **doit obligatoirement donner son avis sur la demande de prolongation** de ce congé. En conséquence, **et sans attendre** la fin de la période de six mois en cours, le fonctionnaire doit adresser, par la voie hiérarchique, une demande de

prolongation de congé qui peut ainsi être examinée en temps utile par le comité médical compétent.

- **Après douze mois de congé consécutifs**, le fonctionnaire ne peut reprendre son service qu'**après avis favorable du comité médical** portant sur l'aptitude à l'exercice des fonctions de l'intéressé.

- **Personnels stagiaires**

- Le fonctionnaire stagiaire a droit au congé de maladie ordinaire dans les conditions fixées par la législation et la réglementation applicables aux fonctionnaires titulaires en activité et selon les mêmes procédures nécessitant l'avis du comité médical.
- A l'expiration, le fonctionnaire stagiaire inapte **temporairement** à reprendre ses fonctions est placé en congé sans traitement pour une période maximale d'**un an** renouvelable deux fois.
- A l'expiration des droits à congé avec traitement ou d'une période de congé sans traitement accordé pour raison de santé, le fonctionnaire stagiaire reconnu par la Commission de Réforme dans l'impossibilité **définitive** et **absolue** de reprendre ses fonctions est **licencié**.

- **Personnels non titulaires**

- L'agent non titulaire en activité bénéficie, s'il est employé de manière continue ou au cours d'une période comprenant 300 jours de services effectifs s'il est employé de manière discontinue, de congé de maladie dans les limites suivantes :
 - > Après 4 mois de services : 1 mois à plein traitement et 1 mois à demi-traitement
 - > Après 2 ans de services : 2 mois à plein traitement et 2 mois à demi-traitement
 - > Après 3 ans de services : 3 mois à plein traitement et 3 mois à demi-traitement
- L'agent non titulaire **temporairement inapte**, pour raison de santé, à reprendre son service à l'issue d'un congé de maladie, est placé en congé sans traitement pour une durée maximum d'**un an** suivie d'une prolongation de six mois s'il résulte d'un avis médical que l'agent sera susceptible de reprendre ses fonctions à l'issue de cette période complémentaire.
- A l'issue de ses droits à congé sans traitement, l'agent non titulaire inapte physiquement à reprendre son service est **licencié**.
- L'agent non titulaire **définitivement inapte**, pour raison de santé, à reprendre ses fonctions à l'issue d'un congé de maladie est **licencié**.
- En cas de contestation portant sur les conclusions du médecin agréé, le comité médical ainsi que le comité médical supérieur peuvent être saisis dans les mêmes conditions prévues par la réglementation en vigueur pour les fonctionnaires titulaires.

2 – Congé de longue maladie (CLM), congé de longue durée (CLD) ou congé de grave maladie (CGM)

Présentation des demandes

Les demandes d'octroi, de renouvellement de CLM, CLD ou CGM, ainsi que les demandes de réintégration à temps complet ou temps partiel thérapeutique, doivent être adressées, par l'intermédiaire du chef d'établissement, au recteur de l'académie de Nice – Service des Affaires sociales et transversales – et comporter les pièces ci-après énoncées :

Première demande	Demande de renouvellement	Demande de réintégration
<p>1 - Lettre manuscrite de l'agent portant mention du congé sollicité (CLM, CLD ou CGM) avec indication de la période de 3 ou 6 mois et le point de départ de celle-ci, soit le premier jour de l'arrêt maladie en continu. Obligatoirement en double exemplaire (cf. modèle annexe 1)</p>	<p>1 - Lettre manuscrite de l'agent portant mention de la durée du renouvellement de congé. Obligatoirement en double exemplaire (cf. modèle annexe 1)</p>	<p>1 - Lettre manuscrite de l'agent portant mention de la date souhaitée de réintégration avec indication temps complet ou temps partiel thérapeutique. Obligatoirement en double exemplaire (cf. modèle annexe 1)</p>
<p>2 - Certificat médical simple du médecin traitant établi sous forme d'ordonnance mentionnant que la maladie constatée justifie l'octroi d'un CLM, CLD, CGM pour une période spécifiée.</p>	<p>2 - Certificat médical simple du médecin traitant établi sous forme d'ordonnance mentionnant que la maladie constatée justifie le renouvellement d'un CLM, CLD, CGM pour une période spécifiée.</p>	<p>2 - Certificat médical simple du médecin traitant établi sous forme d'ordonnance mentionnant la date de réintégration sollicitée avec indication temps complet ou temps partiel thérapeutique (précisant dans ce cas la quotité de travail pour la période sollicitée).</p>
<p>3 - Certificat médical détaillé du médecin traitant [sous pli confidentiel avec indication sur l'enveloppe du nom de l'intéressé(e)] précisant que la nature de la maladie nécessite l'octroi d'un CLM, CLD ou CGM et décrivant l'état clinique actuel.</p>	<p>3 - Certificat médical détaillé du médecin traitant [sous pli confidentiel avec indication sur l'enveloppe du nom de l'intéressé(e)] précisant que la nature de la maladie nécessite le renouvellement d'un CLM, CLD ou CGM et décrivant l'état clinique actuel.</p>	<p>3 - Certificat médical détaillé du médecin traitant [sous pli confidentiel avec indication sur l'enveloppe du nom de l'intéressé(e)] précisant que la nature de la maladie permet la réintégration :</p> <ul style="list-style-type: none"> > à temps complet avec indication de la date souhaitée > ou à temps partiel thérapeutique avec mention de la quotité de travail pour la période sollicitée suivi d'une réintégration à temps complet à l'issue s'il y a lieu.
<p>4 - Fiche administrative de situation dûment complétée par l'intéressé(e) afin de permettre au médecin expert de connaître la situation administrative du patient. Cette fiche est à la disposition des intéressé(e)s auprès du secrétariat de leur établissement d'affectation. (cf. annexe 2)</p>		

Règles communes

- Toute demande d'octroi, de renouvellement de congé de longue maladie, de longue durée, grave maladie ou de réintégration après CLM, CLD ou CGM est soumise à l'avis du comité médical départemental compétent.
- Les demandes de prolongation et de réintégration doivent être formulées par le fonctionnaire (ou son représentant) au moins **2 mois** avant l'expiration de la période en cours.
- Lorsque le certificat médical simple et/ou détaillé fourni par l'intéressé(e) émane d'un praticien hospitalier d'un établissement hospitalier public ou régional (CHU), l'administration peut se dispenser de faire procéder à une expertise médicale.
- Seul l'**arrêté rectoral** individuel, pris après avis du comité médical départemental compétent, détermine la position administrative applicable au fonctionnaire, au stagiaire ou à l'agent non titulaire qu'il s'agisse de l'octroi, d'une prolongation d'un CLM ou d'un CLD ou d'un CGM ou **d'une réintégration**. L'agent **ne doit pas** être réintégré sur la base du seul avis du comité médical, un arrêté rectoral de réintégration est impératif.

Durée des CLM, CLD, CGM et dispositions particulières

	Personnels titulaires		Personnels non titulaires
	Congé de longue maladie	Congé de longue durée	Congé de grave maladie
Conditions	▪ Sans condition d'ancienneté	▪ Sans condition d'ancienneté	▪ Ancienneté requise : 3 ans de services continus
Durée maximale	3 ans	5 ans	3 ans
Rémunération	▪ 1 an à plein traitement ▪ 2 ans à demi-traitement	▪ 3 ans à plein traitement ▪ 2 ans à demi-traitement	▪ 1 an à plein traitement ▪ 2 ans à demi-traitement
Situation administrative	Le CLM n'ouvrant pas de vacance d'emploi, l'agent pourra, lors de sa réintégration après avis du comité médical, reprendre ses fonctions. De nouveaux droits à CLM peuvent être ouverts si l'agent a repris ses fonctions pendant au moins un an.	Pendant la première année de CLD, l'intéressé(e) est placé(e) en CLM. A l'issue de cette période, il (elle) peut être placé(e), à sa demande et après avis du comité médical, soit en congé de longue maladie, soit en congé de longue durée. Ce choix est irrévocable (cf. annexe 3) Le fonctionnaire placé en CLD est immédiatement remplacé dans ses fonctions.	L'agent apte à reprendre ses fonctions après un CGM, est réaffecté sur son emploi dans la mesure permise par le service ; à défaut, il est prioritaire pour être réaffecté sur un emploi similaire. L'agent non titulaire qui a épuisé un congé de grave maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature que s'il a repris auparavant l'exercice de ses fonctions pendant un an.

3 – Temps partiel thérapeutique

Fonctionnaires titulaires

Après un congé de maladie ordinaire **pour une même affection**, ou à l'issue d'une période de congé de longue maladie, longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés, à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique, accordé pour une période de trois mois renouvelable, **dans la limite d'un an pour une même affection**, soit :

- parce que la reprise des fonctions à temps partiel thérapeutique est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé(e),
- parce que l'intéressé(e) doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Cette demande expresse de réintégration, accompagnée d'un certificat médical établi par le médecin traitant est adressée par l'intéressé(e) par la voie hiérarchique au Service des Affaires sociales et transversales. Cette demande sera obligatoirement soumise à l'avis d'un expert agréé pour l'administration. En cas de différence d'avis entre le médecin traitant et le médecin expert agréé, le comité médical compétent sera saisi pour avis.

Le régime du temps partiel thérapeutique assimilable au temps partiel sur autorisation permet de solliciter et/ou de fixer la quotité de travail à 50 %, 60 %, 70 %, 80 % ou 90 %, quotités pouvant varier à l'occasion de chaque période successivement accordée et de bénéficier d'un plein traitement.

Personnels non titulaires

Le service à temps partiel thérapeutique, tel qu'il est défini par le statut des fonctionnaires, n'existe pas pour les personnels non titulaires.

4 – Retraite pour invalidité

Une demande de retraite pour invalidité après un CLM ou un CLD ou à la fin des droits statutaires à CMO ou à disponibilité pour raison de santé, doit être présentée **en même temps que la dernière période de renouvellement du dernier congé précité accordé** et doit être adressée, par la voie hiérarchique, au Recteur de l'Académie de NICE – Service des Affaires sociales et transversales – et comporter les pièces ci-après énoncées :

- **une lettre manuscrite de l'intéressé(e)** (*cf. annexe 1*) sollicitant une dernière période de CLM ou de CLD suivie d'une retraite pour invalidité à l'issue de ce dernier congé,
- **un certificat médical simple** du médecin traitant établi sous forme d'ordonnance mentionnant le dernier renouvellement du CLM ou du CLD avec **une mise à la retraite pour invalidité** à l'issue de ce congé **justifiée par l'incapacité totale et définitive à l'exercice des fonctions de l'intéressé(e)**,
- **un dossier d'admission à la retraite**

Un dossier d'admission à la retraite à télécharger sur le site de l'académie :

www.ac-nice.fr/retraite

afin de prendre en compte, dans l'attente de l'avis émis par le comité médical départemental compétent, la demande de mise à la retraite sollicitée.

Nom, prénom

Adresse

Grade

MODELE

à

Monsieur le recteur de l'académie de Nice
Service de Gestion des Affaires Sociales et
Transversales (SGAST)
CLM/CLD

s/c de M.....

Chef d'Etablissement

du

POUR AIDE A LA REDACTION DE VOTRE
COURRIER MANUSCRIT

Le.....

*Objet : Demande de congé de longue maladie, de longue durée, disponibilité de santé, grave
maladie, et/ou retraite pour invalidité.*

Je vous prie de bien vouloir m'accorder (*suivant le cas*) :

- une prolongation de congé ordinaire de maladie après 6 mois consécutifs
(appelée prolongation des droits statutaires dans la limite de 1 an de ce congé)
- une attribution de congé de longue maladie pour une période de mois
- une attribution de congé de longue durée pour une période de mois
- une attribution d'une disponibilité de santé pour une période de mois
- une attribution de grave maladie (NON titulaire seulement) pour une période de mois
- une réintégration à mi-temps thérapeutique à compter du
- une réintégration à temps complet à compter du.....
- un renouvellement de congé de longue maladie pour mois
- un renouvellement de congé de longue durée pour mois
- un renouvellement d'une disponibilité de santé pour mois
- un renouvellement d'un congé de grave maladie pour mois
- un renouvellement d'une période à mi-temps thérapeutique pour mois
- une retraite pour invalidité à compter du

Je joins à cette demande, conformément à la note d'information dont j'ai pris connaissance, les pièces médicales justificatives.

Visa et signature
du chef d'établissement,

Signature de l'intéressé(e),



RÉGION ACADÉMIQUE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION

Fiche administrative de situation

Annexe 2 - Pôle RH – Service de gestion des affaires sociales et transversales

Important : Votre première demande de CLM ou CLD doit être obligatoirement accompagnée de la présente fiche de situation dûment complétée.

Situation personnelle

M. Mme Nom d'usage (en lettre d'imprimerie) _____

Nom de naissance _____ Prénom _____

Date de naissance /__/_/___/ N° INSEE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse (rue) _____

CP |_|_|_|_|_| Ville _____ Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel _____ Portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Situation professionnelle

Statut : Titulaire Contractuel Stagiaire

Corps / Grade _____

Discipline _____

Fonctions exercées _____

Établissement d'affectation _____

Date d'entrée dans l'administration : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de titularisation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Situation actuelle

Date de début de l'absence continue : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Type et durée du congé sollicité : _____

Congés maladie déjà obtenus (y compris CLM/CLD): _____

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Êtes-vous titulaire d'une allocation temporaire d'invalidité consécutive à un accident de service ou de trajet ? OUI NON

"Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Rectorat de Nice pour la gestion des congés maladies. Elles sont conservées jusqu'à la fermeture de votre position administrative et sont destinées au Service de gestion des affaires sociales et transversales (SGAST) Conformément à la [loi « informatique et libertés »](#), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant Rectorat de Nice, 53 Avenue Cap-de-Croix, 06181 Nice"

Date et signature :

Déclaration de choix

Annexe 3 - Pôle RH – Service de gestion des affaires sociales et transversales

Entre le congé de longue durée et le congé de longue maladie pour les affections relevant de l'article 2 de l'arrêté du 14/03/1986

Je soussigné(e),

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____

Grade _____

Établissement _____

Reconnais avoir pris connaissance de la possibilité qui m'est offerte de choisir entre deux types de congé à compter du _____, à savoir :

- le Congé Longue Durée
- le Congé Longue Maladie

et des principales caractéristiques de chaque régime (cf. note d'information p. 3).

Je reconnais également avoir été informé(e) du caractère **irrévocable** de ma décision.

En conséquence, j'opte pour (*cocher la case correspondant à votre choix*) :

- le congé longue durée le maintien en congé longue maladie

Nice, le

Signature

Principales règles régissant le temps partiel thérapeutique

Le temps partiel thérapeutique est une modalité d'organisation du temps de travail permettant au fonctionnaire soit de concilier les soins rendus nécessaires par son état de santé dans un objectif de maintien dans l'emploi, soit de reprendre progressivement pour raison thérapeutique le service dans un objectif de retour dans l'emploi.

Les principales caractéristiques du temps partiel thérapeutique sont :

	<i>Après un congé de maladie ordinaire, un congé de longue maladie ou un congé de longue durée</i>	<i>Après un congé pour invalidité temporaire imputable au service</i>
Quotité	Prévues pour le temps partiel sur autorisation (de 50 % à moins de 100 %)	
Durée de la période	Par période de 3 mois	Par période allant jusqu'à 6 mois
Durée maximale cumulée, en cas de renouvellement	1 an au titre de la même affection	1 an au titre de la même affection
Rémunération	<ul style="list-style-type: none"> - Intégralité du traitement, de l'indemnité de résidence et du supplément familial de traitement. - Le montant des primes et indemnités est calculé au prorata de la durée effective du service. 	

Textes de référence :

- article 34 *bis* de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État ;
- article 57 (4° *bis*) de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;
- article 41-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- circulaire du 25 avril 2018 relative au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique.

Conseils à destination du fonctionnaire

Au regard des délais de procédure, vous êtes invité à formuler votre demande de temps partiel thérapeutique le plus en amont possible de votre date de reprise.

Si vous envisagez, avec votre médecin traitant et/ou le médecin de prévention / du travail, de solliciter un temps partiel thérapeutique, vous êtes invité à demander un entretien de maintien et de retour dans l'emploi auprès de votre employeur et, le cas échéant, du médecin de prévention / du travail de votre service.

Vous recevrez toutes les explications relatives au temps partiel thérapeutique et vous pourrez évoquer les modalités pratiques de votre maintien ou de votre retour dans l'emploi. Un formulaire de demande de temps partiel thérapeutique vous sera remis et, après avoir consulté votre médecin traitant, vous serez dirigé vers le médecin agréé attaché auprès de votre employeur qui assurera l'examen médical.

Si votre demande est liée à une demande de reprise à l'issue de 12 mois de congé de maladie ordinaire ou d'une période de congé de longue maladie ou de longue durée, le médecin agréé se prononcera à la fois sur votre aptitude à la reprise et sur votre demande de temps partiel thérapeutique, étant précisé que le comité médical émettra obligatoirement un avis sur votre demande de reprise.

Enfin, votre attention est appelée sur la nécessité de fournir un dossier le plus complet et le plus explicite possible, notamment afin qu'en cas d'avis divergent entre le médecin traitant et le médecin agréé, le comité médical puisse se prononcer en toute connaissance de cause, les contre-expertises n'étant pas alors systématiques.

Informations à destination du médecin traitant

- En qualité de médecin traitant, vous pouvez proposer à votre patient un exercice de ses fonctions à temps partiel thérapeutique dès lors que vous considérez, en lien éventuellement avec les médecins spécialistes suivant votre patient, que son état de santé est compatible avec un exercice à temps partiel de ses fonctions ou qu'il nécessite pendant une période donnée qu'il travaille à temps partiel :
 - soit parce 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 ;
 - soit parce que l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé ;

Vous vous prononcerez également sur la quotité de temps de travail (de 50 % à moins de 100 %) ainsi que sur la durée de la période de temps partiel lorsque la demande de temps partiel thérapeutique est effectuée en lien avec un congé pour invalidité temporaire imputable au service.

- Votre patient est susceptible d'avoir eu un entretien de maintien et de retour dans l'emploi auprès de son employeur et, avec le médecin de prévention / du travail de son service. Vous pouvez contacter :

Pour toutes questions relatives aux activités de l'agent	Pour toutes questions relatives à la situation médicale de l'agent
<i>Coordonnée du référent</i>	<i>Coordonnées du médecin de prévention / du travail suivant le fonctionnaire</i>
Prénom NOM	Prénom NOM
Adresse 1	Adresse 1
Adresse 2	Adresse 2
N° de téléphone : 00.00.00.00.00	N° de téléphone : 00.00.00.00.00
Courriel :	Courriel :

- Au terme de l'examen médical, vous porterez votre avis sur le certificat médical contenu dans le formulaire de demande de temps partiel thérapeutique remis par votre patient et vous lui remettrez ce document ainsi que, sous pli confidentiel, les pièces médicales que vous jugerez utiles pour son examen par le médecin agréé.

**Annexe II – MODELE DE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE INCLUANT
LE CERTIFICAT MEDICAL DU MEDECIN TRAITANT ET DU MEDECIN AGREE
(FONCTION PUBLIQUE)**

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e) :

N° de sécurité sociale :	
Nom d'usage :	
Nom :	
Prénom(s) :	
Corps :	
Grade :	
Affectation :	
Adresse personnelle :	
Code postal : Ville :	

demande un temps partiel thérapeutique à : %

à compter du :

selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

Cette demande est :

- une première demande un renouvellement

A _____, le

Signature

2. Avis du médecin traitant

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

Nom : _____ Prénom(s) :

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à :%

à compter du :

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

Durée préconisée (uniquement pour les accidents de service et les maladies professionnelles) :

1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

Nota : pour les reprises suite à maladie d'origine non professionnelle, le TPT est accordé par période de 3 mois.

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

ou

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 + coordonnées du praticien

*Partie à compléter uniquement si le médecin traitant n'a pas complété le présent formulaire.
L'employeur coche la case correspondante et agrafe une copie du cerfa au formulaire.*

cerfa « avis d'arrêt de travail » avec prescription d'un temps partiel pour raison médicale

cerfa « certificat médical accident du travail / maladie professionnelle » avec prescription d'un travail léger pour raison médicale

3. Avis du médecin agréé

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

Nom : _____ Prénom(s) : _____

➤ **Avis favorable**

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : %

à compter du :

selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

Durée préconisée (uniquement pour les accidents de service et les maladies professionnelles) :

1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

Nota : pour les reprises suite à maladie d'origine non professionnelle, le TPT est accordé par période de 3 mois.

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

ou

le fonctionnaire doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé

Dans l'hypothèse où l'agent a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel thérapeutique, préciser si la présente demande est effectuée au titre de la même affection :

Périodes précédemment accordées <i>(cases à compléter par l'employeur)</i>	Demande en cours <i>(cases à cocher par le médecin agréé)</i>	
du au	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
du au	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
du au	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>

➤ **Avis défavorable**

émet un avis non concordant avec l'avis du médecin traitant, selon conclusions médicales jointes sous pli confidentiel.

A _____, le

Signature