ACADÉMIE
DE NICE
Liberté
Égalité
Fraternité

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

décret n° 86-442, art. 23-1

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

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

demande un temps partiel thérapeutique à :

□ 50% □ 60% □ 70% □ 80% □ 90%

à compter du : .....
selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

La demande est présentée à l'issue d'une période de congé de longue maladie, de longue durée, de congé pour invalidité temporaire imputable au service ou après une disponibilité pour raison de santé :

□ Oui □ Non

Cette demande est : □ une première demande □ un renouvellement

A , le
Signature de l'agent

2. Avis du médecin traitant

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

Nom : Prénom(s) :

nécessite un temps partiel thérapeutique à :

□ 50% □ 60% □ 70% □ 80% □ 90%

à compter du : .....
selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

La demande est présentée à l'issue d'une période de congé de longue maladie, de longue durée, de congé pour invalidité temporaire imputable au service ou après une disponibilité pour raison de santé :

□ Oui □ Non

Durée préconisée : ..... mois (dans la limite de 12 mois maximum au total)

Rappels importants :
- Le TPT est accordé pour favoriser le maintien dans l'emploi ou la reprise du travail d'un agent public.
- La quotité de temps de travail est fixée à 50 %, 60 %, 70 %, 80 % ou 90 % de la durée hebdomadaire de service.
- L'autorisation est accordée dans la limite d'une année. La demande de prolongation au-delà de 3 mois ne fait plus l'objet d'un contrôle médical agréé systématique, mais l'administration peut faire procéder à tout moment à un examen par un médecin agréé.
- En cas d'absence injustifiée à l'examen médical de contrôle diligenté, la demande de TPT est considérée comme un désistement de l'agent. En cours de TPT, le refus de contrôle suspend l'autorisation.

A , le

Signature + coordonnées et cachet du praticien

ACADÉMIE
DE NICE
Liberté
Égalité
Fraternité

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

décret n° 86-442, art. 23-1

3. Avis du supérieur hiérarchique

Avis motivé du supérieur hiérarchique direct :

☐ Avis FAVORABLE

☐ Avis DÉFAVORABLE pour nécessités de service (Doit obligatoirement être motivé ci-dessous)

rappel réglementaire :

- Tout refus opposé à une demande de TPT (ou interruption à l'initiative de l'administration) fondé sur les nécessités de service doit être précédé d'un entretien préalable avec l'agent (au cours duquel il peut être assisté) et doit faire l'objet d'une motivation écrite. (art.23-3 du décret n°86-442)
- « Le fonctionnaire dont les fonctions comportent l'exercice de responsabilités ne pouvant par nature être partagées peut être autorisé à les exercer à temps partiel pour raison thérapeutique sous réserve des nécessités de la continuité et du fonctionnement du service. Dans le cas où les nécessités de la continuité et du fonctionnement du service y font obstacle, ce fonctionnaire peut toutefois être autorisé à exercer des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique en recevant une affectation temporaire dans d'autres fonctions conformes au statut du corps auquel il appartient.» (art.23-2 du décret n°86-442)

Entretien préalable obligatoire avant un refus pour nécessités de service :

Date de l'entretien préalable : .... / .... / .....

Motivation écrite : expliciter les nécessités de continuité et de fonctionnement du service et préciser concrètement en quoi elles font obstacle au TPT demandé (missions, contraintes, aménagements étudiés).

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ....., le ___ / ___ / 20___ Signature du Supérieur Hiérarchique :

4.Saisine du médecin agréé (à la demande de l'administration)

☐ NON
☐ OUI date de la visite : .../.../...

⚠ **En cas de non-présentation injustifiée de l'agent à l'expertise, la demande est réputée annulée d'office.**

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

Nom : Prénom(s) :

nécessite un temps partiel thérapeutique à :

□ 50% □ 60% □ 70% □ 80% □ 90%

à compter du : .....
selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

La demande est présentée à l'issue d'une période de congé de longue maladie, de longue durée, de congé pour invalidité temporaire imputable au service ou après une disponibilité pour raison de santé :

□ Oui □ Non

Durée préconisée : ..... mois (dans la limite de 12 mois maximum au total)

A , le

Signature + coordonnées et cachet du praticien