

## 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 l'octroi d'un temps partiel thérapeutique à ..... % (quotité de 50, 60, 70, 80 ou 90%)

à compter du : ..... (date souhaitée – Merci de tenir compte du délai d'instruction d'1 mois pour une 1<sup>ère</sup> demande, et de 2 mois pour un renouvellement)

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

*Si le médecin traitant n'a pas complété le présent formulaire, joindre une copie du Cerfa « avis d'arrêt de travail » avec prescription d'un temps partiel pour raison médicale.*

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

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à ..... % (quotité de 50, 60, 70, 80 ou 90%),

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 :

1 mois     2 mois     3 mois

Justification du TPT :

Le TPT permet le maintien ou le retour à l'emploi et est reconnu 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 + tampon du praticien*

- *Au-delà de 3 mois de TPT, une visite chez un médecin agréé de l'administration est requise. Le médecin traitant est invité à remettre au fonctionnaire, sous pli confidentiel, des pièces médicales à l'attention du médecin agréé.*
- *Merci de tenir compte des délais nécessaires pour avoir un rendez-vous auprès d'un médecin agréé dans le cadre d'un renouvellement.*

**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 ..... % (quotité de 50, 60, 70, 80 ou 90%),  
à compter du : .....

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

Oui  Non

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

Durée préconisée :

1 mois  2 mois  3 mois

Justification du TPT :

Le TPT permet le maintien ou le retour à l'emploi et est reconnu 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.

➤  **Avis défavorable**

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

A....., le.....

*Signature + tampon du praticien*



**DECRET N°86-442 DU 14 MARS 1986 RELATIF A LA DESIGNATION DES MEDECINS AGREES, A L'ORGANISATION DES COMITES MEDICAUX ET DES COMMISSIONS DE REFORME, AUX CONDITIONS D'APTITUDE PHYSIQUE POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS PUBLICS ET AU REGIME DE CONGES DE MALADIE DES FONCTIONNAIRES.**

**VERSION CONSOLIDEE AU 19 septembre 2022**

---

Article 1

- Modifié par Décret n°2022-353 du 11 mars 2022 - art. 2

Une liste de médecins agréés est établie dans chaque département par le préfet sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins, du médecin président du conseil médical départemental et du ou des syndicats départementaux des médecins.

Les médecins agréés sont choisis, sur leur demande ou avec leur accord, parmi les praticiens exerçant dans le département pour lequel la liste est établie.

Cet agrément est donné pour une durée de trois ans. Il est renouvelable.

Lorsque l'intervention d'un médecin agréé est requise en vertu des dispositions du présent décret, l'administration peut se dispenser d'y avoir recours si le fonctionnaire intéressé produit sur la même question un certificat médical émanant d'un médecin qui appartient au personnel enseignant et hospitalier d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire ou d'un médecin ayant dans un établissement hospitalier public la qualité de praticien hospitalier.

Article 4

- Modifié par Décret n°2022-353 du 11 mars 2022 - art. 2

Les médecins agréés appelés à examiner, au titre du présent décret, des fonctionnaires ou des candidats aux emplois publics dont ils sont les médecins traitants sont tenus de se déporter.

Article 53

- Modifié par Décret n°2022-353 du 11 mars 2022 - art. 30

Les honoraires et les autres frais médicaux résultant des examens prévus au présent décret et les frais éventuels de transport du malade examiné, sont à la charge du budget de l'administration intéressée. Les tarifs d'honoraires des médecins agréés et les conditions de rémunération et d'indemnisation des membres des conseils médicaux prévues au présent décret sont fixées par arrêté conjoint du ministr

*Sites internet à consulter :*

<http://www.ameli.fr> (Assurance Maladie : conventions, tarifs, nomenclature des actes, imprimés CERFA) ; jurisprudence)

<http://www.legifrance.gouv.fr> (codes, lois, textes réglementaires, conventions, jurisprudence) ;

<http://www.iledefrance.ars.sante.fr> (listes des médecins agréés en Ile-de-France).