ACADÉMIE
DE BORDEAUX
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
du Lot-et-Garonne

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

(Décret 2026-705 du 29 juillet 2026 - Décret n° 2021-997 du 28/07/2021 – Code général de la Fonction Publique art. L 823-1 à L823-6)

Formulaire à retourner complété aux coordonnées ci-contre :

DSDEN de Lot et Garonne
Bureau Accident du travail – Affaires médicales
Affaire suivie par : Céline COURROS
Tél : 05 53 67 70 22
Mél : dsden47.medical@ac-bordeaux.fr
23, Rue Roland Goumy - CS 10001
47916 AGEN CEDEX 9

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussignée(e),

Nom		N°séc. sociale	
Date de Naissance :			
Nom d'usage		**Prénom(s)**	
Corps		Grade	
Fonction			
Affectation			
Adresse personnelle			
Code postal		Ville	
Tél. :		Mail professionnel	

Demande un temps partiel thérapeutique à : ……. % (de 50 % à 90 %)
Date de début souhaitée : …….....…
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

☐ **une première demande temps partiel thérapeutique**
☐ **un renouvellement demande temps partiel**

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

Nom ……..……..……..……..…… **Prénom(s)** ……..……..…….

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : **…… %** (*de 50 % à 90 % d'un temps plein*)

Date de début souhaitée (*sous réserve des délais dont dispose l'administration – voir ci-dessous*) :
……..……..……

! L'administration dispose d'un délai maximal de 30 jours à réception de la première demande de travail à temps partiel thérapeutique pour prendre sa décision d'octroi ou de refus. Exception, en cas de reprise après un CLM, CLD, CITIS, Disponibilité pour raison de santé et renouvellement de la demande de travail à temps partiel thérapeutique, où l'avis de l'administration devra être rendu au plus tard au jour de la reprise. Tout refus de l'administration devra être motivé et précédé d'un entretien préalable de conciliation.

Durée préconisée du temps partiel thérapeutique (*dans la limite d'un an toutes périodes cumulées)* :

☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois ☐ 4 mois ☐ 5 mois ☐ 6 mois
☐ 7 mois ☐ 8 mois ☐ 9 mois ☐ 10 mois ☐ 11 mois ☐ 12 mois

Modalités d'organisation du temps partiel thérapeutique sur la semaine ou sur la période :

……

……

……

Les modalités d'organisation sont à définir avec le supérieur hiérarchique sous réserve des nécessités de service.

Justification du temps partiel thérapeutique :

☐ 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 et coordonnées du praticien (cachet) :

✓ **Le médecin traitant est invité à joindre à ce formulaire, sous pli confidentiel, les pièces médicales à l'attention du médecin agréé et/ou du médecin de prévention.**
✓ En cas de renouvellement, l'agent doit envoyer un formulaire de demande de prolongation de temps partiel thérapeutique, au-delà de la période préconisée, au service des affaires médicales, un mois avant la fin de la période en cours.

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.