



**ACADÉMIE
DE STRASBOURG**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
du Bas-Rhin

RENOUVELLEMENT

DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE

DES ENSEIGNANTS DU PREMIER DEGRE

1. Partie à remplir par l'agent

Je soussigné(e), Nom : Prénom(s) :

Né(e) le :

Affectation ;

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

Adresse mail académique @ac-strasbourg.fr

Téléphone :

Demande un temps partiel thérapeutique à une quotité de : 50% 75%

A compter du : pour une période de : 1 mois 2 mois 3 mois

A..... le.....

Signature de l'intéressé(e)

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% 75%

A compter du :pour une période de : 1 mois 2 mois 3 mois

Selon les modalités suivantes :

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

Justification du temps partiel pour raisons thérapeutiques :

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

3. Avis du médecin agréé

Je soussigné(e), Docteur.,médecin agréé, certifie avoir procédé à l'expertise de :

Nom : Prénom(s) :

À la suite de cet examen :

Avis favorable

Nécessite l'exercice d'un travail à temps partiel pour raisons thérapeutiques :

à une quotité de 50% 75%

À compter du :.....pour une période de : 1 mois 2 mois 3 mois

Selon les modalités suivantes :

.....
.....

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 O Oui O Non

Si oui, périodes de temps partiel thérapeutique déjà octroyées :mois, du.....au.....
.....mois, du.....au.....
.....mois, du.....au.....

Avis défavorable à la demande de l'intéressé(e) et non concordant avec l'avis du médecin traitant, selon les conclusions médicales jointes sous pli confidentiel.

A.....le.....

Signature, tampon et coordonnées du praticien

4. Visa de l'IEN

Vu par l'IEN le :

Nom et prénom

Signature et tampon