



**ACADÉMIE
DE NANTES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de Mayenne

Bureau G.R.H.

Dossier suivi par

Marion CAILLEAU,
Cheffe de bureau

Emeline SEGRETAIN,
Adjointe à la cheffe de bureau

Cité Administrative

rue Mac Donald

BP 23851

53030 LAVAL CEDEX 9

Tél. 02 43 59 92 27

02 43 59 92 04

ce.grh53@ac-nantes.fr

ce.assistgrh53@ac-nantes.fr

FORMULAIRE A COMPLETER DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'OCTROI DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

- Nom et prénom(s) :
- Date de naissance :
- Adresse :
- Téléphone :
- Grade :
- Affectation :
- Numéro de sécurité sociale :
- Statut : titulaire / stagiaire / non titulaire
- Quotité de travail :

demande un temps partiel thérapeutique à %

à compter du/...../..... pour ☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois

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

Fait à _____, le _____

Signature _____

2. Avis du médecin traitant

Formulaire à remettre à l'agent

Je soussigné(e), Docteur

, certifie que l'état de santé de :

- Nom et prénom(s) :

- Date de naissance :

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à %

à compter du/...../.....

pour une période de : ☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois (conformément au décret n°2021-997 du 28 juillet 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique de l'Etat)

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

Justification du temps partiel thérapeutique :

☐ le maintien ou 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

Fait à , le

Signature et cachet

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 de ses fonctions à temps partiel est connue 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 temps partiel.

Votre patient est susceptible d'avoir un entretien de maintien et de retour dans l'emploi auprès de son employeur. Vous pouvez contacter :

Pour toutes questions relatives aux activités de l'agent	Pour toutes questions relatives à la situation médicale de l'agent
Bureau GRH DSDEN 53 Cité administrative - Rue Mac Donald – BP 23851 53030 Laval cedex 9 02-43-59-92-27 / ce.grh53@ac-nantes.fr	Docteur Iris MORY Médecin de prévention DSDEN 49 Cité administrative - 15 du Dupetit Thouars 49047 Angers cedex 01 02-41-74-35-81 / iris.mory@ac-nantes.fr

Au terme de l'examen médical, vous porterez votre avis sur la partie de ce formulaire vous étant réservée et le remettrez à l'agent.

Partie à compléter par le bureau GRH de la DSDEN 53 uniquement si le médecin traitant n'a pas complété le présent formulaire

Cocher la case correspondante etagrafer une copie du cerfa au présent formulaire

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

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