



**ACADÉMIE
DE REIMS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ANNEXE 6

DEMANDE DE RENOUELEMENT DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE (sauf renouvellement à l'issue d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS)) A transmettre par courriel au service gestionnaire par voie hiérarchique

AVIS DU MEDECIN AGREE (E)

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

Nom :

Prénom (s) :

➤ **Avis favorable**

Nécessite le renouvellement d'un travail à temps partiel thérapeutique à : 50% - 60% - 70% - 80% - 90%

A compter du :

Durée préconisée

1 mois 2 mois 3 mois

Justification du temps partiel thérapeutique :

Le temps partiel thérapeutique est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'agent.

ou

L'agent doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

➤ **Avis défavorable**

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

A

le,

Signature/ Cachet