



**A télécharger et à déposer par l'agent sur COLIBRI après avoir été
dument remplie par le médecin agréé**

*Avis du médecin agréé pour toute demande de renouvellement de temps partiel pour raison
thérapeutique au-delà de 3 mois*

(Référence : Décret N°2021-997 du 28 juillet 2021)

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

Nom Prénom(s)

Périodes de temps partiel pour raisons thérapeutique déjà octroyées :

du au
du au
du au

Avis favorable

nécessite un renouvellement de temps partiel à compter du :
selon les modalités suivantes :

• Durée :

- 1 mois 2 mois 3 mois

• Quotité de temps partiel souhaitée

- 50% 60% 70% 80% 90%

Conditions d'exercice des fonctions à temps partiel (en continu ou en discontinu, par journées ou demi-journées non travaillées ou sous forme de réduction journalière de la durée de travail).

.....
.....

Justification du TPT :

- 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

Avis défavorable émet un avis non concordant avec l'avis du médecin traitant, selon conclusions médicales jointes sous pli confidentiel (à adresser à sam@ac-poitiers.fr).

A, _____ le
Signature + visa du praticien