

**MODELE DE LETTRE DE MISSION A DESTINATION DU MEDECIN AGREE POUR UN
OCTROI OU UN RENOUVELLEMENT A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

Nom de la collectivité employeur
Adresse
Personne en charge du dossier

Date

Médecin agréé

Objet : demande d'avis d'octroi ou de renouvellement à temps partiel thérapeutique

Docteur,

Depuis le décret n°2021-1462 relatives au temps partiel thérapeutique dans la fonction publique territoriale, de nouvelles dispositions sont relevées pour prendre une décision de renouvellement d'un temps partiel thérapeutique au-delà de 3 mois d'octroi.

L'autorité territoriale doit obtenir la demande de l'agent et du certificat de son médecin traitant ainsi qu'un avis conforme du médecin agréé. C'est pour cette raison que je sollicite votre avis.

Suite à une première période partiel thérapeutique octroyée par le Dr.....dans la limite de 3 mois congé de maladie..... M .Mme..... fonctionnaire à temps complet ou non complet (à préciser : de 28h à 35h) au sein de (préciser la collectivité employeur), a présenté une demande accompagnée d'un avis de son médecin traitant de prolongation à temps partiel thérapeutique pour le motif suivant :

(à préciser : le TPT favorise l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé
et/ou

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

Le Docteur.....(nom du médecin traitant) fait état d'un temps partiel thérapeutique à :

-%
- pour une durée de.....mois.
- conditions d'application (par demi-journée, 1 semaine sur 2, 2,5 jours par semaine, autre).....

Je vous demande de bien vouloir vous prononcer sur la possibilité pour M. Mme..... de :

- reprendre ses fonctions à temps partiel thérapeutique,
- selon quelle quotité hebdomadaire (supérieure ou égale à 50%),
- pour quelle durée.....
- selon quelles conditions d'application (par demi-journée, 1 semaine sur 2, 2,5 jours par semaine, autre)
- et de motiver votre décision en cas d'avis non conforme à celui du médecin traitant.

Est joint au présent courrier la demande du médecin traitant de l'agent ainsi que la fiche de poste de ce dernier.

En cas d'avis discordant du médecin traitant et du médecin expert sur l'octroi, la durée, la quotité du temps partiel thérapeutique, le conseil médical en formation restreinte sera saisi.

Je reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et vous prie d'agréer, Docteur, l'assurance de mes sentiments respectueux.

Signature de l'autorité territoriale