

ANNEXE 2

AVIS DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Document à remettre à l'intéressé(e), à charge pour lui/elle de le transmettre à son administration.

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

M. / Mme _____

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à :

☐ 50 % ☐ 60 % ☐ 70 % ☐ 80 % ☐ 90 %

Pour une durée de :

☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ Autre durée (préciser) : _____

À compter du : ____ / ____ / ____

Selon les préconisations suivantes :

Fréquence (x jours par semaine) : _____

Jours travaillés souhaités : ☐ lundi ☐ mardi ☐ mercredi ☐ jeudi ☐ vendredi

Autres préconisations : _____

La demande est en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle : ☐ Oui ☐ Non

Je suis favorable à l'exercice à temps partiel thérapeutique parce que :

☐ La reprise des fonctions à temps partiel est de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé(e) ;

☐ L'intéressé(e) doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

À _____, le ____ / ____ / ____

Signature et cachet du médecin :

Informations à l'attention du médecin traitant

En qualité de médecin donnant habituellement des soins à l'intéressé(e), vous êtes invité(e) à vous prononcer sur sa demande de temps partiel thérapeutique.

Cette modalité de service vise à favoriser le maintien dans l'emploi des agents publics, en autorisant une reprise partielle tout en maintenant une rémunération à plein traitement, pendant un maximum de douze mois.

Elle est accordée sous réserve que vous-même, et le cas échéant un médecin agréé, considériez que :

- soit une reprise à temps partiel serait de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé ;
- soit la reprise à temps partiel se justifie par le fait que l'intéressé(e) doive faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle.

Je vous remercie de bien vouloir compléter la présente annexe, en précisant votre avis, son motif et la quotité de temps de travail préconisée (de 50 % à 90 %), puis de la remettre datée et signée à l'intéressé(e).

Pour toute question relative à la situation médicale de l'agent, vous pouvez contacter :

Service médical de prévention en faveur des personnels (SMFP)

À l'attention du médecin conseiller technique du Recteur

12 boulevard d'Indochine — 75019 Paris

Tél. : 01 44 62 47 34 — Courriel : ce.medecineprevention@ac-paris.fr

Textes de référence : code général de la fonction publique ; décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié (articles 23-3 à 23-6), dans leur rédaction issue du décret n° 2026-705 du 29 juillet 2026.