académie Nice

direction des services départementaux de l'éducation nationale Alpes-Maritimes

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CERTIFICAT MEDICAL/ TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique

Je soussigné(e), (nom – prénom) : .....

médecin agréé par l'agence régionale de santé
exerçant (adresse) : .....

.....

certifie avoir reçu

M .....

Professeur des écoles / instituteur

Et émets un avis :

☐ Favorable à la demande d'attribution / renouvellement(1) d'un temps partiel thérapeutique

pour la période du au

☐ Défavorable à l'attribution / Renouvellement(1) d'un temps partiel thérapeutique

En cas d'avis défavorable, merci de renseigner obligatoirement un avis motivé au verso de ce document en vue de la saisine **obligatoire** du comité médical ou de la commission de réforme.

Signature et cachet du praticien

Fait à

Le

(1) Rayer la mention inutile

Rappel : Après un congé de maladie, après un congé de longue maladie ou un congé de longue durée, le fonctionnaire peut être autorisé à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique, accordé pour une période de trois mois renouvelable, dans la limite d'un an pour une même affection.

Après un congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions, le travail à temps partiel thérapeutique peut être accordé pour une période d'une durée maximum de six mois renouvelable une fois.

DSDEN 06
DIPE II

NOM :

PRENOM :

SITUATION ACTUELLE : CMO☐ CLM☐ CLD☐

Depuis le :

AVIS DEFAVORABLE A L'OCTROI D'UNE PERIODE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

Signature et cachet du praticien