Modèle lettre médecin agréé pour prolongation Temps Partiel Thérapeutique > 3 mois

Nom de la collectivité A......, le .......

Adresse de la collectivité

Code Postal …Ville….

Docteur

N° rue.....

Code Postal .............Ville

Objet : Contrôle médical

PJ : Fiche de poste

Docteur,

Vous allez recevoir en consultation, le (date et heure du RDV), Mr /Mme en raison d’un contrôle, dans le cadre du décret 87-602 du 30 Juillet 1987, au titre d’une prolongation du Temps Partiel thérapeutique au delà de 3 mois.

Pour information, l’agent a déjà bénéficié d’un temps partiel thérapeutique du ….au …. à (50%, 60%, 70%, 80 ou 90%) pendant …mois

Je vous serais reconnaissant de répondre aux questions suivantes :

1. **Le temps partiel thérapeutique doit-il être prolonger ?**

Oui  Non

1. Si oui :

Pouvez-vous déterminer la quotité horaire ?  50%  60%  70%  80%  90%

Pour quelle durée (*période de 3 à 6 mois maximum*) :

A l’issue de cette période sera-t-il en mesure de reprendre à temps plein ?

Oui  Non

1. Si non, merci de transmettre un rapport d’information, sous pli confidentiel, pour saisir le conseil médical, comme le prévoit l’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*. « La demande d'autorisation de travailler à temps partiel pour raison thérapeutique est présentée par le fonctionnaire, accompagnée d'un certificat médical favorable établi par son médecin traitant. Elle est accordée après avis concordant du médecin agréé par l'administration. Lorsque les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants, le conseil médical compétent est saisi. »*
2. **Si l’agent est apte à son poste, doit-il bénéficier d’un aménagement de poste autre que le temps partiel thérapeutique pour raison médicale ?**
   * Si oui, lequel (horaire, matériel ergonomique...) ?

Je vous joins copie des éléments en ma possession. (Rapports de la collectivité, avis du médecin de prévention, fiche de poste avec aménagements ou tout autre élément pouvant aider le médecin à comprendre la motivation de votre demande…)

Je mettrai en paiement votre consultation, dès réception de vos conclusions administratives et de votre feuille d’honoraire à :

Indiquer le service et l’adresse de la collectivité

Vous pouvez également adresser vos observations cliniques et vos conclusions, sous pli confidentiel au :

Indiquer l’adresse du service de médecine préventive

Avec mes remerciements, je vous prie d’agréer, Docteur, l’expression de mes sincères salutations.

Signature de

l’autorité territoriale