**CERTIFICAT MEDICAL**

**Mise en place du temps partiel thérapeutique**

Etabli en application de l’ordonnance n°2017-23 du 19/01/2017

relatif notamment à la santé et à la sécurité au travail dans la Fonction Publique

Je soussigné Docteur ...................................................................................................................................................................................................................................................................................

Inscrit sur la liste des Médecins agréés

Certifie avoir examiné à mon cabinet le ........................ / ............................. /..............................................................

Madame / Monsieur : ...............................................................................................................................................................................................................................................................................

Exerçant les fonctions de ...................................................................................................................................................................................................................................................................

Employé(e) par la collectivité de :.....................................................................................................................................................................................................................................

et émettre un avis concernant la mise en place du temps partiel thérapeutique :

**🖵 Aptitude à la reprise de ses fonctions :** 🗆 avis favorable 🗆 avis défavorable

**🖵 AVIS FAVORABLE à la mise en place du temps partiel thérapeutique**

* Date de début de la période : .......................................................................................................................................................................................................
* Durée (attribuable par période de 3 mois) : ....................................................................................................................................................
* Quotité :

🗆 50 % 🗆 60 % 🗆 70 % 🗆 80 % 🗆 90 % de son temps de travail

ou

🗆 Avis favorable avec augmentation progressive de la quotité comme suit :

1er mois : ................................ % 2ème mois : ............................... % 3ème mois : ............................... %

* 🗆 sur son poste

OU

* 🗆 sur son poste avec préconisations particulières  (aménagement de poste, restrictions ...) :

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**🖵 AVIS FAVORABLE à la reprise à temps complet**

* 🗆 sur son poste

OU

* 🗆 sur son poste avec préconisations particulières  (aménagement de poste, restrictions ...) :

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Fait à : ........................................................................................., le .................................................................................................

Signature et cachet :

Imprimé à retourner avec vos honoraires à la collectivité qui emploi l’agent.