**LETTRE AU MEDECIN AGREE POUR PROLONGATION TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

**+ RAPPORT A L’ATTENTION DU MEDECIN**

*à envoyer en recommandé avec accusé de réception*

[Nom de la collectivité] [Ville, date du jour]

[Adresse de la collectivité]

[Code Postal - Ville]

 [Nom du médecin]

 [Adresse du cabinet]

 [Code Postal-Ville]

**Objet : Contrôle médical pour prolongation Temps partiel Thérapeutique**

PJ : Fiche de poste

Docteur,

Vous allez recevoir en consultation, le **[date du rendez-vous]**, Mr /Mme [nom de l’agent] 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 :

**Le temps partiel thérapeutique doit-il être prolongé ?** □ **Oui** □ **Non**

**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

**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. »*

**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]

Pour information, l’agent doit se présenter **OBLIGATOIREMENT** à cette visite, en possession du certificat médical détaillé de son médecin traitant.

 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 adresser votre expertise médicale complète sous pli confidentiel au Secrétariat du Conseil Médical, 1 rue Lavoisier, 59260 HELLEMMES.

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

[Signature de l’autorité territoriale]

**RAPPORT A L’ATTENTION DU MEDECIN**

**Objet : Rapport de la collectivité pour médecin agréé**

**Pj : fiche de poste**

* Nom/Prénom de l’agent :
* Date de Naissance :
* Date d’embauche :
* Statut : (Contractuel, Titulaires>28\*35ème , Titulaires <28/35ème)
* Temps de travail du poste :
* Métier exercé :

**Antécédent des arrêts maladie :**

Pour votre information, l’agent a déjà bénéficié **des périodes d’arrêts suivantes :**

* **Congé de maladie ordinaire : du ......au ..... soit .......*(mois/année(s))*.**
* **Congé de Longue Maladie (CLM): du ......au ..... soit .......*(mois/année(s))*.**
* **Congé de Grave Maladie (CGM): du ......au ..... soit .......*(mois/année(s))*.**
* **Congé de Longue Durée (CLD): du ......au ..... soit .......*(mois/année(s))*.**

Actuellement, cet agent est en arrêt depuis le  [date de début d’arrêt]

Il a également bénéficié d’une période de Temps Partiel Thérapeutique du.... au ..... soit ***(mois/année(s))*.**

Il a déjà bénéficié d’aménagement de poste, soit : ……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

***[NE PAS OUBLIER DE JOINDRE LA FICHE DE POSTE DE L’AGENT]***