***Modèle de courrier à adresser au médecin agréé pour avis***

***sur un renouvellement de temps partiel thérapeutique au-delà de 3 mois***

En-tête de la collectivité

**Docteur** Prénom NOM

Adresse

Adresse

Adresse

 Fait à Lieu,

 Le jj/mm/aaaa

**Objet** :demande d’expertise pour avis médical dans le cadre du renouvellement d’un temps partiel thérapeutique au-delà de 3 mois.

Docteur,

Conformément à la législation, lorsqu’un agent public demande la prolongation de l'autorisation d'accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique au-delà d'une période totale de trois mois, l'autorité territoriale fait procéder sans délai par un médecin agréé à l'examen de l'intéressé. Le médecin agréé rend un avis sur la demande de prolongation au regard de sa justification médicale, de la quotité de travail sollicitée et de la durée de travail à temps partiel pour raison thérapeutique demandée.

Dès lors, je vous remercie de bien vouloir procéder à l’examen de :

Agent : **Civilité Prénom NOM**

Né(e) le : **jj/mm/aaaa**

Employé(e) à raison de **.. h .. min** hebdomadaires,

Exerçant le poste de : **Poste**

Grade : **Grade**

Qui bénéficie d’un temps partiel thérapeutique **depuis le jj/mm/aaaa**.

Je vous précise que le rendez-vous, pris auprès de votre secrétariat, est prévu le **jj/mm/aaaa** à **.. h .. min**

Je vous remercie de me faire parvenir vos conclusions administratives en utilisant le modèle ci-joint.

Vous trouverez également en pièces jointes :

* Les certificats médicaux, le cas échéant
* Le descriptif des missions de l’agent (ou fiche de poste)
* La note d’honoraires

Un courrier est adressé ce jour à l’agent lui indiquant de se présenter aux date et heure susmentionnées avec le certificat médical de son médecin traitant pour le renouvellement en temps partiel thérapeutique et ses documents médicaux : résultats d’examen, prescriptions, etc.

Je vous prie de croire, Docteur, en l’assurance de ma considération distinguée.

MonsieurMadamele Mairele Présidentla Présidente

 Prénom NOM

 **AVIS MEDECIN AGREE**

**Renouvellement d’un temps partiel thérapeutique au-delà de 3 mois**

***ne doit comporter aucune mention médicale***

Je soussigné, **Docteur……………………………………………..................**

Certifie avoir examiné le ……… /………/…………..

**NOM :…………………………………………………….. Prénom : …………………………………………**

Né(e) le ……… /………/…………..

Employé(e) par :……………………………………………………………..................................................

L’agent s’est-il rendu au rendez-vous d’expertise ? 🞎 oui 🞎 non

**A l’issue de l’examen, mes conclusions sont les suivantes** (*cocher les cases correspondantes*) :

**🞎 Avis favorable à la prolongation à temps partiel thérapeutique :**

 **Quotité : 🞎 50% 🞎 60 % 🞎 70 % 🞎 80 % 🞎 90%**

 **Pour une durée de ........mois** *(3 mois maximum)* **à compter du …… /……/……....**

**🞎 Avis défavorable à la prolongation à temps partiel thérapeutique :**

 **🞎 l’agent peut reprendre son activité à temps plein, le temps partiel thérapeutique n’est pas justifié.**

 **🞎 l’agent n’est pas apte et doit bénéficier d’un arrêt de travail.**

**Observations :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

 A …………………………… , le ……… /………/…………..

 Le Docteur …………………………………………..

 Signature + cachet

**Règlement des honoraires dus au médecin agréé**

**pour l’examen des agents publics**

**Etat des sommes dues au médecin**

**Docteur (tampon)**

**N° de SIRET** : ……………………….......................................................................................................................

NOM Prénom de l’agent examiné :

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

Employé (e) par :……………………………………………………………………............................

Date de l’examen : ……… /………/…………..

Honoraires TTC : ……………………………………………………………………………....................

Frais de transport : ………………………………… (Nombre de kilomètres : …………………)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TOTAL s’élevant à : …………………………euros

Certifié sincère et véritable le présent état s’élevant à la somme de :

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

Lu et approuvé, A …………………………….. , le ……… /………/…………..

 Le Docteur

**A adresser à l’employeur de l’agent**

**Joindre un RIB/IBAN**