Centre de Gestion
Fonction Publique Territoriale
Pyrénées-Orientales

Imprimé type pour saisine du COMITE MEDICAL

Administration + adresse ..... Date ...../...../.....

.....

Personne chargée du dossier : .....

☎ ...../...../...../...../..... Mail : .....

NOM de L'AGENT : ..... NOM de JEUNE FILLE : .....

PRENOM : ..... DATE de NAISSANCE : ...../...../.....

ADRESSE : .....

.....

GRADE ACTUEL : ..... ANCIENNETE : .....

FONCTION : ..... DUREE de TRAVAIL : ..... / 35ème

○ TITULAIRE ○ NON TITULAIRE REGIME D'AFFILIATION : ○ CNRACL

○ IRCANTEC

En arrêt depuis le : ...../...../..... Echéance du congé actuel : ...../...../.....

OBJET DE LA DEMANDE

Avis sur Congé de Maladie Ordinaire au delà de 6 mois à c/du ...../...../.....

Avis sur Congé de Longue Maladie 1ère demande pour ..... mois Prolongation de ..... mois

Avis sur Congé de Longue Durée 1ère demande pour ..... mois Prolongation de ..... mois

Avis sur Congé de Grave Maladie 1ère demande pour ..... mois Prolongation de ..... mois

Reprise à temps partiel thérapeutique 1ère demande pour ..... mois Prolongation de ..... mois

Avis sur réintégration ○ après Congé de Longue Maladie/Durée ○ après temps partiel thérapeutique

○ après 12 mois de Congé Maladie Ordinaire

Avis sur reclassement professionnel ○ après Congé de Longue Maladie/Durée ○ après temps partiel thérapeutique

ou ○ Aménagement du poste de travail

Mise en Disponibilité d'Office 1ère demande pour ..... mois Prolongation de ..... mois

Avis sur Mise à la Retraite pour Invalidité (plus de 25 ans d'ancienneté - procédure allégée)

Avis sur Congé pour Cure Thermale

Avis sur l'aptitude physique d'un candidat à un emploi public

Nom du médecin du travail ou de prévention : .....

Observations éventuelles : .....

.....

Pièces à joindre à cette demande :

- Certificat médical indiquant la nature du congé et sa durée
- Historique validé par la collectivité des arrêts de travail de l'agent durant toute sa carrière : (C.M.O. sur les 12 derniers mois) C.L.M., C.L.D., Temps Partiel Thérapeutique, Congé de Grave maladie, disponibilité d'office
- Certificat médical sous pli confidentiel indiquant la pathologie de l'agent (lors d'une première demande de C.L.M., C.L.D. ou C.G.M.)
- Demande écrite de l'agent
- Observation du médecin du travail : .....

.....

TAMPON ET SIGNATURE DE L'AUTORITE HIERARCHIQUE

Tous les courriers envoyés au Centre de Gestion le sont à M. le Président
6, rue de l'Ange - BP 901 - 66901 Perpignan Cedex -Tél.04.68.34.88.66 - Fax 04.68.34.87.24