

Imprimé type pour saisine du COMITE MEDICAL

Administration + adresse

Date...../...../.....

Personne chargée du dossier :.....

☎/...../...../...../.....

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

PRENOM :..... DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE :.....

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

TITULAIRE NON TITULAIRE REGIME D'AFFILIATION :.....

En arrêt depuis le..... échéance du congé actuel.....

OBJET DE LA DEMANDE

Avis sur Congé Maladie Ordinaire au delà de 6 mois

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 mi-temps thérapeutique

après 12 mois de Congé de Maladie Ordinaire

Avis sur reclassement professionnel

Ou

après Congé de Longue Maladie/Durée

après mi-temps thérapeutique

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

Observations éventuelles :

PIECES OBLIGATOIRES JOINTES (1)

Certificat médical indiquant le congé et la durée

Certificat médical sous pli confidentiel indiquant la pathologie de l'agent (lors d'une première demande de C.L.M ou C.L.D)

Demande écrite de l'agent

Observation du Médecin du Travail ou de Prévention (facultatif)

(1) Toute demande incomplète sera retournée

SIGNATURE DE L'AUTORITE HIERARCHIQUE