

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 : / 35^{ème}

TITULAIRE STAGIAIRE 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 1^{ère} demande pour mois Prolongation de mois
- Avis sur Congé de Longue Durée 1^{ère} demande pour mois Prolongation de mois
- Avis sur Congé de Grave Maladie 1^{ère} demande pour mois Prolongation de mois
- Reprise à temps partiel thérapeutique 1^{ère} demande pour mois Prolongation de mois
- Avis sur Congé pour Cure Thermale
- 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 1^{ère} demande pour mois Prolongation de mois
- Avis sur l'aptitude physique d'un candidat à un emploi public
- Avis sur l'aptitude ou l'inaptitude totale et définitive pour raison de santé à ses fonctions ou à toutes fonctions
- Avis sur Mise à la retraite pour invalidité (plus de 111 trimestres de cotisation - procédure simplifiée (CNRACL))
- Avis sur Licenciement pour inaptitude physique (IRCANTEC)

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 demande de Congé de Maladie Ordinaire au-delà de 6 mois, 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