

COLLECTIVITE + adresse ..... date ...../...../.....

Personne chargée du dossier : .....  
☎ ...../...../...../...../..... Mail : .....

AUTRE(S) COLLECTIVITÉ(S) (si agent intercommunal) : .....

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

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

ADRESSE : .....

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

FONCTION : ..... DUREE de TRAVAIL : ..... / 35<sup>ème</sup>

AUTRE(S) EMPLOYEUR(S) (intercommunal) : ..... DUREE de TRAVAIL : ..... / 35<sup>ème</sup>  
DUREE de TRAVAIL : ..... / 35<sup>ème</sup>

TITULAIRE  STAGIAIRE  NON TITULAIRE REGIME D'AFFILIATION :  CNRACL  IRCANTEC  PENSION CIVILE

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<sup>ère</sup> demande pour ..... mois Prolongation de ..... mois
- Avis sur Congé de Longue Durée 1<sup>ère</sup> demande pour ..... mois Prolongation de ..... mois
- Avis sur Congé de Grave Maladie 1<sup>ère</sup> demande pour ..... mois Prolongation de ..... mois
- Reprise à temps partiel thérapeutique 1<sup>ère</sup> demande pour ..... mois après CMO de + de 6 mois ou CLM ou CLD
- Reprise à temps partiel thérapeutique 1<sup>ère</sup> demande pour ..... mois après CMO de - de 6 mois ou prolongations seulement si avis discordant du médecin traitant et du médecin agréé (ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017)**
- Avis sur Congé pour Cure Thermale
- Avis sur réintégration  après Congé de Longue Maladie/ Longue Durée  
 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<sup>ère</sup> 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 : Dr .....

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 TERRITORIALE