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 ○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 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 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 1ère 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