

Madame, Monsieur le/la Maire ou le/la Président(e) :

Collectivité ou Etablissement Public :

Objet : SAISINE DU CONSEIL MEDICAL

Dossier de Monsieur ou Madame :

Demande l'avis du Conseil médical en Formation restreinte sur :

- Octroi de la première période du CLM / CLD / CGM
- Prolongation du CLM / CLD / CGM à épuisement des droits à plein traitement
- Réintégration à l'expiration d'un congé pour raison de santé
- Réintégration à l'expiration d'une période de CLM / CLD accordée d'office ou aux fonctionnaires soumis aux conditions de santé particulière
- Octroi, prolongation ou réintégration suite à la disponibilité d'office pour raison de santé
- Reclassement pour inaptitude physique
- Inaptitude définitive du stagiaire
- Contestation** d'un avis médical rendu par le médecin agréé en date du/...../..... dans le cadre de l'octroi et renouvellement d'un congé pour raison de santé
- Contestation** de l'avis du médecin agréé en date du/...../..... dans le cadre de la gestion du temps partiel thérapeutique
- Contestation** de l'avis du médecin agréé en date du/...../..... dans le cadre d'un contrôle du CMO / CLM / CLD
- Contestation** de l'avis du médecin agréé en date du/...../..... concernant la prise en charge des arrêts et soins imputables au service (CITIS)

Demande l'avis du Conseil médical en Formation plénière sur :

- Imputabilité au service d'un accident de service / accident de trajet
- Imputabilité au service d'une maladie désignée ou non désignée par les tableaux
- Imputabilité au service d'une rechute
- Allocation temporaire d'invalidité (ATI), octroi et révisions et contestation du taux
- Octroi d'une mise à la retraite pour invalidité
- Majoration spéciale pour l'assistance d'une tierce personne
- Maladie incurable du conjoint ou pension pour orphelin infirme

Fait à :

Le :

Signature de l'autorité territoriale
et cachet de la Collectivité ou Etablissement Public

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

(* obligatoire)

Nom * :

Adresse * :

Nom et Prénom du gestionnaire du dossier * :

Téléphone * :

Mail * :

IDENTIFICATION DE LA MEDECINE DU TRAVAIL

(* obligatoire)

Nom et Prénom du Médecin du travail (en charge de l'agent) * :

Adresse * :

Téléphone * :

Mail * :

IDENTIFICATION DE L'AGENT (* obligatoire)

Nom et prénom de l'agent * :

Nom de jeune fille * :

Date de naissance * :

Adresse * :

Numéro de Sécurité Sociale * :

Tel * :

Mail* nominatif personnel et/ou professionnel :

SITUATION ADMINISTRATIVE (* obligatoire)

Grade * :

Poste occupé par l'agent * :

Fonctions actuelles exercées par l'agent * :

<input type="checkbox"/>	Stagiaire *	<input type="checkbox"/>	Titulaire CNRACL *	<input type="checkbox"/>	Titulaire IRCANTEC *	<input type="checkbox"/>	Non titulaire * depuis le * :
--------------------------	-------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------------------

Date de stagiairisation * :

Date de titularisation * :

Date d'entrée dans la FPT * :

Autre * :

NOMBRE D'HEURES HEBDOMADAIRES (* obligatoire)

Temps complet * :heures

Temps non complet * :heures
(emploi créé pour une durée inférieure au temps complet)

Temps partiel * :%
(emploi créé à temps complet, l'agent a été autorisé à travailler à temps partiel)

Précisions apportées sur lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis (conformément au motif(s) de saisine coché(s) en page 1) :

RELEVÉ DES CONGES DÉJÀ OBTENUS
(obligatoire)

Type de congés	Dates
Congé de maladie ordinaire (Périodes de congés consécutifs déjà obtenus sur les douze derniers mois)	
Congé de Longue Maladie	
Congé de Grave Maladie	
Congé de Longue Durée	
Temps partiel pour raisons thérapeutiques	
Disponibilité d'office pour raison de santé	
Accident de service/trajet/maladie imputable	