

FICHE DE SAISINE DU COMITE MÉDICAL

IMPORTANT : Afin de permettre l'instruction de la demande, **l'ensemble des champs doivent obligatoirement être renseignés** et les **pièces demandées jointes au dossier**. En cas d'incomplétude de la saisine, celle-ci vous sera retournée pour compléments. Dans l'attente, l'instruction ne pourra débuter.

Renseignements concernant l'agent :

Madame

Monsieur

Adresse :

Nom d'usage :

Complément
d'adresse :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Code postal :

Date de naissance :

Ville :

Statut applicable :

Titulaire

Contractuel

Stagiaire

Ouvrier d'état

Fonction publique :

Etat

Hospitalière

Corps :

Grade :

Entrée dans l'Adm. :

Titularisation :

Fonction :

Téléphone :

N° SS :

Durée de travail :

Temps plein

Temps partiel %

Temps non complet Heures

Renseignements concernant le service en charge du dossier :

Entité juridique* :

Structure** :

Adresse :

Complément :

Code postal :

Ville :

Nom du référent :

Téléphone

Courriel :

*Entité juridique de rattachement : Agriculture, Culture, Défense, Économie, Santé, Travail, Justice, etc ...

**Structure d'affectation : Agence de santé, Centre hospitalier, etc...

Renseignements concernant la demande :

OCTROI

RENOUVELLEMENT

MISE EN CONGÉS D'OFFICE

REPRISE

Type de congé demandé

À compter du* :

CMO : Congé de maladie ordinaire

Reclassement dans un autre emploi

CLM : Congé de longue maladie

Aptitude/inaptitude aux fonctions,

CLM : Congé de longue maladie fractionné

Reprise à temps complet

CLD : Congé de longue durée

Temps partiel thérapeutique

CGM : Congé de grave maladie

Congés pour cure thermique

Disponibilité pour raison de santé

CMS : Recours au Comité Médical Supérieur

Congés sans traitement

Autre :

Retraite pour invalidité

*Correspondant à la date de début d'arrêt en continu

Le fonctionnaire est-il hospitalisé : OUI NON

Si oui, adresse complète de l'hôpital :

Nom et adresse du médecin traitant :

Renseignements concernant le médecin de prévention :

Nom du médecin :

Téléphone

Courriel :

Adresse :

pièces à joindre obligatoirement :

- Lettre de l'intéressé(e) précisant la nature du congé demandé ;
- Certificat médical **détaillé** du médecin traitant **sous pli confidentiel** ;
- Historique des congés ;

Des **pièces spécifiques au droit demandé** peuvent être exigées.

Relevé des congés pour raison de santé déjà obtenus après avis du comité médical

Congés ordinaires de maladie au-delà de 6 mois	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
			TOTAL : <input style="width: 50%;" type="text"/> mois
Congés de longue maladie	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
			TOTAL : <input style="width: 50%;" type="text"/> mois
Congés de longue durée	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
			TOTAL : <input style="width: 50%;" type="text"/> mois
Congés grave de maladie	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
			TOTAL : <input style="width: 50%;" type="text"/> mois
Temps partiels pour raison thérapeutique	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
			TOTAL : <input style="width: 50%;" type="text"/> mois
Disponibilité d'office pour raison santé / Congés sans traitement	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	du : <input style="width: 100%;" type="text"/>	au : <input style="width: 100%;" type="text"/>	durée : <input style="width: 100%;" type="text"/>
			TOTAL : <input style="width: 50%;" type="text"/> mois

Fait à :

Le :

Cachet de l'administration

Signature du chef de service