Formulaire n°01-D-FORM1R- CDG 53

**Conseil médical restreint : formulaire de saisine de la collectivité**

##### **IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE**

Collectivité

Adresse : .

##### **Agent chargé du suivi du dossier :**

Nom – Prénom : .

...      Courriel :

**Médecin de prévention en charge du suivi médical de l’agent concerné :**

Nom – Prénom : .

...      Courriel :

**Médecin traitant :**

Nom – Prénom : .

...      Courriel :

Demande présentée par :  l’agent (1)  l’employeur (1)

##### **IDENTIFICATION DE L’AGENT CONCERNE**

Nom : ..       Prénom :

Nom patronymique : .

Date et lieu de naissance :

N° de sécurité sociale :

Adresse :

 :      Courriel :

**Situation administrative :**

Grade :

Affectation :

Fonctions actuelles détaillées exercées par l’agent :

Statut (1) :  Stagiaire  Titulaire  Contractuel

Date d’entrée dans la FPT :

Date d’entrée dans la collectivité : .      . de titularisation :

Nombre d’heures hebdomadaires (1) :

Temps non complet :      / semaine

*(Emploi créé pour une durée inférieure au temps complet, précisez le nombre d’heures)*

Temps partiel :       %

*(Emploi créé à temps complet, l’agent a été autorisé à travailler à temps partiel, précisez la quotité)*

(1) *Cocher la case correspondante*

Autres employeurs :

Nombre d’heures :

Fonctions :

##### **EXPOSE DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT A LA SAISINE**

Poser les questions précises sur lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis :

**Congé de longue maladie – congé de longue durée :**

Au terme de la première année de congé de longue maladie, et lorsque la pathologie ouvre droit au congé de longue durée, l’agent peut demander à être placé en CLD ou être maintenu en CLM :

L’agent a opté pour :  un CLD

une prolongation de CLM

**TYPE DE CONGE MALADIE DEMANDE :**

A compter du :

*(Pour une demande de renouvellement celle-ci doit être faite au moins 2 mois avant l’expiration du congé déjà attribué)*

* **Fonctionnaires affiliés au régime spécial**

Octroi d’un congé de longue maladie (CLM)

Octroi ou renouvellement d’un congé de longue maladie d’office

Octroi d’un congé de longue durée (CLD)

Renouvellement d’un congé de longue maladie (CLM)

Renouvellement d’un congé de longue durée (CLD)

En cas de contestation des conclusions du médecin agréé,

Renouvellement d’un CMO, CLM, CLD, CGM,

Réintégration à l’issue de ces congés et le bénéfice d’un TPRT

Mise en disponibilité d’office pour raisons de santé (à l’expiration des droits statutaires)

Renouvellement de la disponibilité d’office pour raisons de santé

Reprise des fonctions

après 12 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire

après 3 ans de congé de longue maladie

après 5 ans de congé de longue durée

à l’issue d’une période de disponibilité d’office pour raison de santé

Reclassement professionnel

Congé sans traitement (fonctionnaires stagiaires)

Autres (préciser la demande)

* **Fonctionnaires affiliés au régime général**

Octroi d’un congé de grave maladie (CGM)

Renouvellement d’un congé de grave maladie (CGM)

Reclassement professionnel

Autres (préciser la demande)

##### **RELEVE DES CONGES POUR RAISON DE SANTE DEJA OBTENUS**

|  |  |
| --- | --- |
| **TYPE DE CONGES** | **DATES** |
| Congé(s) de maladie ordinaire obtenu(s)  (période(s) de congé obtenue(s) sur les douze derniers mois) |  |
| Congé(s) de longue maladie obtenu(s) |  |
| Congé(s) de longue durée obtenu(s) |  |
| Temps partiel(s) thérapeutique(s) obtenu(s) |  |
| Disponibilité(s) d’office pour maladie obtenue(s) |  |
| Congé(s) de grave maladie obtenu(s) |  |

**DERNIER AVIS DU COMITE MEDICAL** (éventuellement) :

*Observations :*

##### **Documents A JOINDRE À LA DEMANDE** (voir fiches spécifiques)

Fait à       le

Signature de l’autorité territoriale

et cachet de la collectivité