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