

	FORMULAIRE DE SAISINE	
	CONSEIL MEDICAL – FORMATION RESTREINTE	MAJ : 04/2022

**Le dossier complet, sous pli confidentiel, est à envoyer à
CDG 15 – CONSEIL MEDICAL
Village d'entreprises – 14 Avenue du Garric – 15000 AURILLAC**

I - IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

Collectivité ou établissement :

.....

Adresse :

Nom et prénom de l'agent chargé du suivi du dossier :

.....

Téléphone : Courriel :

II - IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom patronymique : **Prénom :**

Nom d'usage : Date et lieu de naissance : le/...../..... à

Adresse :

.....

Téléphone (si accord de l'agent) : ☎.....

Courriel (si accord de l'agent pour envoi du PV) :

Statut de l'agent : **Stagiaire CNRACL** **Titulaire CNRACL**

Stagiaire IRCANTEC **Titulaire IRCANTEC** **CDI** **Contractuel**

communal intercommunal pluri communal

Grade :

Service d'affectation - Emploi :

Dates : Recrutement : Nomination stagiaire : Titularisation :

Durée de travail hebdomadaire : temps complet temps partiel :% temps non complet :h..... mn

Médecin traitant en charge du suivi de l'agent

Nom/Prénom :

Téléphone : Courriel :

Fait le A

Signature de l'autorité territoriale
et cachet de la collectivité

Fonctionnaires affiliés au régime spécial CNRACL (Stagiaires et Titulaires > ou égal à 28h/semaine)

Les demandes de prolongation de congé ou de réintégration doivent être faites AU MOINS 2 MOIS avant l'expiration du congé attribué

- | | A compter du |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Octroi d'une première période de Congé de longue maladie (CLM)
<input type="checkbox"/> sur demande de l'agent <input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> fractionné |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Prolongation d'un CLM après épuisement des droits à plein traitement |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Octroi d'une première période de Congé de de longue durée (CLD)
<input type="checkbox"/> sur demande de l'agent <input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> fractionné |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Prolongation d'un CLD après épuisement des droits à plein traitement |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Aptitude à expiration des droits à congés pour raisons de santé
<input type="checkbox"/> après 12 mois consécutifs de maladie ordinaire
<input type="checkbox"/> prolongation de l'ultime période d'un CLM, CLD (3 derniers mois) |/...../.....
...../...../..... |
| <input type="checkbox"/> Réintégration à l'issue d'une période de CLM/CLD
<input type="checkbox"/> fonctions qui exigent des conditions de santé particulière
<input type="checkbox"/> dans le cadre d'un CLM / CLD d'office |/...../.....
...../...../..... |
| <input type="checkbox"/> Octroi d'un temps partiel thérapeutique si la demande est formulée conjointement à une demande de réintégration après un congé de maladie qui nécessite l'avis du conseil médical |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Reclassement dans un autre emploi à la suite d'une altération de l'état de santé |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Activité minimale dans le cadre d'un congé de longue maladie / congé de longue durée |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Disponibilité d'office pour raison de santé (DORS) ou congé sans traitement(stagiaire CNRACL) |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Octroi d'une disponibilité d'office pour raison de santé – Congé sans traitement |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Prolongation d'une disponibilité d'office pour raison de santé – Congé sans traitement |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Réintégration à l'issue d'une période de DORS - CST |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> En cas de contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé lors : | |
| <input type="checkbox"/> d'un recrutement sur des emplois dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières | |
| <input type="checkbox"/> d'un octroi ou renouvellement d'un congé pour raisons de santé, réintégration à l'issue de ces congés et bénéficiaire d'un TPT | |
| <input type="checkbox"/> d'une contre visite ou visite de contrôle réglementaire d'un agent en CMO, CLM, CLD, CITIS | |

EXPOSE DES CIRCONSTANCES QUI MOTIVENT LA SAISINE

Circonstances et questions précises pour lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fonctionnaires affiliés au régime IRCANTEC (Stagiaires et Titulaires < à 28h/semaine) et contractuels

Les demandes de renouvellement de congé ou de réintégration doivent être faites AU MOINS 2 MOIS avant l'expiration du congé attribué

- | | A compter du |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Octroi d'une première période de Congé de grave maladie (CGM) | |
| <input type="checkbox"/> sur demande de l'agent <input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> fractionné |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Renouvellement d'un Congé de grave maladie après épuisement des droits à plein traitement |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Disponibilité d'office pour raison de santé (DORS) ou congé sans traitement (CST stagiaires et contractuels) |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Octroi d'une disponibilité d'office pour raison de santé – Congé sans traitement |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Prolongation d'une disponibilité d'office pour raison de santé – Congé sans traitement |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Réintégration à l'issue d'une période de DORS - CST |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Aptitude à expiration des droits à congés pour raisons de santé | |
| <input type="checkbox"/> après 12 mois consécutifs de maladie ordinaire |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> à l'issue d'un congé sans traitement (contractuels) |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> prolongation de l'ultime période d'un CGM (3 derniers mois) |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Réintégration à l'issue d'une période de CGM | |
| <input type="checkbox"/> fonctions qui exigent des conditions de santé particulière |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> dans le cadre d'un CLM / CLD d'office |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Reclassement dans un autre emploi à la suite d'une altération de l'état de santé |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Activité minimale dans le cadre d'un congé de maladie (CGM) |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> En cas de contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé lors : | |
| <input type="checkbox"/> d'un recrutement sur des emplois dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières | |
| <input type="checkbox"/> d'un octroi ou renouvellement d'un congé pour raisons de santé, réintégration à l'issue de ces congés | |
| <input type="checkbox"/> d'une contre visite ou visite de contrôle réglementaire d'un agent en CMO, CGM | |

EXPOSE DES CIRCONSTANCES QUI MOTIVENT LA SAISINE

Circonstances et questions précises pour lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RELEVÉ DES CONGES POUR RAISON DE SANTE DEJA OBTENUS
(Joindre obligatoirement les arrêtés)

NATURE DES CONGES	DATES
Congés de maladie ordinaire obtenus (sur les douze derniers mois pour leur durée effective)
Congés de longue maladie obtenus
Congés de longue durée obtenus
Temps partiel thérapeutique obtenu
Disponibilité d'office pour maladie obtenue
Congés de grave maladie obtenus