



## FORMULAIRE A ADRESSER AU MEDECIN AGREE

Collectivité : .....

Nom, Prénom de l'agent : .....

MAJ  
05/2022

### A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Congé pour raisons de santé en cours (joindre les arrêtés correspondants) :

Du ..... au ..... (soit .....an(s).....mois) Nature du congé :.....

Les périodes de congés pour raisons de santé déjà accordées au cours de la carrière :

Du ..... au ..... (soit .....an(s).....mois) Nature du congé :.....

Du ..... au ..... (soit .....an(s).....mois) Nature du congé :.....

Du ..... au ..... (soit .....an(s).....mois) Nature du congé :.....

Motif de l'expertise :

Prolongation en congé pour maladie ordinaire (CMO) > à 6 mois  Prolongation en Congé Grave Maladie (CGM)

Prolongation en Congé de Longue Maladie (CLM)  Prolongation en Congé de Longue Durée (CLD)

Autre : .....  
.....  
.....

### CADRE RESERVE AU MEDECIN AGREE

Je soussigné(e) Docteur.....reconnais avoir examiné M/Mme  
.....dans le cadre d'une expertise médicale réalisée à mon  
cabinet le ..... et conclus aux préconisations suivantes :

**AVIS FAVORABLE**

- Prolongation du congé pour maladie ordinaire (CMO) supérieur à 6 mois
- Prolongation CLM  Prolongation CGM  Prolongation CLD
  - Durée de la période proposée (CLM/CGM/CLD) :  3 mois  6 mois  Autre (Préciser :.....)
  - Cette période est-elle renouvelable ?  Non  Oui

**AVIS DEFAVORABLE** à la prolongation du congé pour raison de santé en cours (réintégration possible)

**NE PEUT SE PRONONCER AU JOUR DE L'EXAMEN**

L'avis d'un médecin agréé spécialiste est nécessaire (Préciser la spécialité :.....)

Avis complémentaire :

.....  
.....  
.....

Date .....

Cachet et signature du médecin agréé