



FORMULAIRE DE SAISINE CONSEIL MEDICAL/FORMATION RESTREINTE

A remplir par l'employeur et à transmettre par courrier sous pli confidentiel à l'adresse suivante :

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DES DEUX-SEVRES

Secrétariat du conseil médical

9 Rue Chaigneau - CS 80030 - 79403 SAINT MAIXENT L'ECOLE

Téléphone (de 8 h à 12 h00) : 05.49.06.31.40 ou 05.49.06.31.41

Mail : com-medical@cdg79.fr

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR :

COLLECTIVITE/ETABLISSEMENT :



Pour la facturation : si plusieurs SIRET, indiquer obligatoirement celui concerné par le dossier ou préciser le nom du service.

Adresse :

Personne chargée du dossier :

TELEPHONE :MAIL :

IDENTIFICATION DE L'AGENT:

NOM patronymique et prénom :

NOM usuel :

Date de naissance : ____/____/____ NIR (obligatoire) :

Adresse :

TEL/fixe :TEL/portable :Mail *: @

(*si accord agent)

SITUATION ADMINISTRATIVE :

Catégorie hiérarchique : Grade actuel :

Fonctions exercées :

Lieu des fonctions exercées :

QUALITÉ : ☐ CNRACL : Stagiaire ☐ Titulaire ☐ (date titularisation) :

☐ IRCANTEC : Stagiaire ☐ Titulaire ☐ (date titularisation) :

☐ Contractuel

Temps de travail : ☐ Temps complet ☐ Temps non complet (...../35h) ☐ Temps partiel (.....%)

Date d'entrée dans la collectivité :/...../.....Date d'entrée sur le poste actuel :/...../.....

S'agit-il d'un agent intercommunal : OUI ☐ NON ☐
nom(s) autre(s) collectivité/établissement et nombre d'heures effectuées :

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

Médecin du travail :

Médecin traitant :

Si expertise, date :

Nom médecin agréé

Le Conseil médical (ou, avant le 14 mars 2022, le Comité médical ou la Commission de réforme) a-t-il déjà été saisi pour cet agent ? :

Oui Non

(Préciser l'instance médicale et, s'il s'agit du Conseil médical, la formation s'étant réunie : restreinte ou plénière)

Questions sur lesquelles vous souhaitez obtenir un avis :

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

OBJET(S) DE LA SAISINE
LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DOIT INTERVENIR AU MOINS 2 MOIS AVANT L'EXPIRATION
DU CONGÉ DÉJÀ ATTRIBUÉ

☐ **CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE (CMO)** / /
Réintégration à l'expiration des droits (1 an)

☐ **CONGÉ DE GRAVE MALADIE (CGM) - AGENT IRCANTEC** / /
☐ Attribution
☐ Prolongation après épuisement des droits à plein traitement (1 an)
☐ Réintégration à l'expiration des droits (3 ans).

☐ **CONGÉ DE LONGUE MALADIE (CLM) - AGENT CNRACL** / /
☐ Attribution
☐ Prolongation après épuisement des droits à plein traitement (1 an) *
☐ Réintégration à l'expiration des droits (3 ans)
☐ Réintégration à l'issue d'un congé de longue maladie lorsque le bénéficiaire de ce congé exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières
☐ Réintégration à l'issue d'un congé de longue maladie lorsque le bénéficiaire est en congé de longue maladie « d'office »

☐ **CONGÉ DE LONGUE DURÉE (CLD) – AGENT CNRACL** / /
☐ Attribution (à l'issue d'un an de CLM art. 2)

INFORMATION : 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 : ☐ CLD ☐ Prolongation du CLM ☐

(Dans ce cas joindre obligatoirement un courrier de l'agent précisant son choix)

- ☐ Prolongation après épuisement des droits à plein traitement (3 ans)
- ☐ Réintégration à l'expiration des droits (5 ans)
- ☐ Réintégration à l'issue d'un congé de longue durée lorsque le bénéficiaire de ce congé exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières
- ☐ Réintégration à l'issue d'un congé de longue durée lorsque le bénéficiaire est en congé de longue durée « d'office »

☐ **DISPONIBILITÉ D'OFFICE** / /
☐ Attribution ☐ Renouvellement
☐ Réintégration à l'issue d'une période de disponibilité d'office

☐ **RECLASSEMENT DANS UN AUTRE EMPLOI À LA SUITE D'UNE ALTÉRATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DU FONCTIONNAIRE**

☐ **APTITUDE OU INAPTITUDE DEFINITIVE ET ABSOLUE**
☐ Aux fonctions de son grade
☐ A toutes fonctions

☐ **CONGÉ POUR INFIRMITÉS DE GUERRE**

☐ **CONTESTATION DE L'AVIS DU CONSEIL MEDICAL DÉPARTEMENTAL RÉUNI EN FORMATION RESTREINTE AUPRES DU CONSEIL MEDICAL SUPÉRIEUR**
(ATTENTION - délai de 2 mois à compter de la connaissance de cet avis pour saisir)

☐ **CONTESTATION D'UN AVIS MÉDICAL RENDU PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ**
(ATTENTION - délai de 2 mois à compter de la connaissance de cet avis pour saisir) dans le cadre des procédures suivantes :

- ☐ Admission aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières
- ☐ Octroi ou renouvellement ou réintégration à l'issue d'un congé pour raison de santé (Préciser le type de congé : CMO, CLM, CGM, CLD) ou le bénéfice d'un temps partiel pour raison thérapeutique
- ☐ Examen médical lors d'une contre-visite dans le cadre d'un congé pour raisons de santé (CMO, CLM, CGM, CLD) ou du congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS)

En cas de contestation, le dossier doit être motivé et doit apporter des éléments qui viennent infirmer l'avis contesté du médecin agréé (courrier, certificat médical motivé, compte rendu d'examen, compte rendu d'hospitalisation, etc.)

Fait à.....Le :Signature cachet de l'autorité

ANNEXE A COMPLETER OBLIGATOIREMENT

RELEVÉ DES CONGES POUR RAISON DE SANTE DEJA OBTENUS

NATURE DE CONGES	DATES ET DUREE
Congés de maladie ordinaire obtenus (sur les douze derniers mois pour leur durée effective)	(ou tableau récap)
Congés de longue maladie (ou de grave maladie si agent IRCANTEC) obtenus	
Congés de longue durée obtenus	
Temps partiel thérapeutique obtenu	
Disponibilité d'office pour raison de santé obtenue	