



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 : instancesmedicales@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 PT) lors de la période charnière entre les droits à plein et demi-traitement uniquement (ne concerne pas les renouvellements suivants)
☐ 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 PT) lors de la période charnière entre les droits à plein et demi-traitement uniquement (ne concerne pas les renouvellements suivants)
☐ Réintégration à l'expiration des droits (3 ans)
☐ Réintégration à l'issue d'une période de 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'une période 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 PT) lors de la période charnière entre les droits à plein et demi-traitement uniquement (ne concerne pas les renouvellements suivants)
☐ Réintégration à l'expiration des droits (5 ans)
☐ Réintégration à l'issue d'une période de 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'une période 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

☐ **CONGE SANS TRAITEMENT DES FONCTIONNAIRES STAGIAIRES**
☐ Attribution ☐ Renouvellement
☐ aptitude ou inaptitude à la fin des droits statutaires

☐ **RECLASSEMENT DANS UN AUTRE EMPLOI À LA SUITE D'UNE ALTÉRATION DE L'ÉTAT DE SANTE 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
dans le cadre des procédures suivantes :**

- ☐ L'admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières
- ☐ L'octroi et le renouvellement d'un congé pour raison de santé, la réintégration à l'issue de ces congés
- ☐ Bénéfice d'un temps partiel pour raison thérapeutique
- ☐ L'examen médical prévu lors de la visite de contrôle, prescrite par l'employeur à tout moment et au moins une fois au-delà de 6 mois continu du CMO
- ☐ Visite de contrôle durant un CLM/CLD/CGM
- ☐ Visite de contrôle, prescrite par l'employeur, dans le cadre du CITIS au moins une fois par an et au-delà de 6 mois de prolongation du congé accordé
- ☐ Prolongation d'activité au-delà de l'âge de 67 ans
- ☐ Admission anticipée à la retraite pour le fonctionnaire ou son conjoint atteint d'une infirmité/maladie l'empêchant d'exercer une quelconque profession
- ☐ Majoration pour tierce personne de la pension d'invalidité
- ☐ Versement de la pension d'orphelin majeur infirme

**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

Service instances médicales/conseil médical/restreinte Mise à jour le 19/11/2025

(Page 4 sur 5)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service des instances médicales du CDG79 ;Elles sont conservées pendant la durée de l'instruction du dossier et selon décret n°85-643 du 26 juin 1985 relatif aux centres de gestion institués par la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relative à la fonction publique territoriale. Conformément à la loi « informatique et libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant en contactant : instancesmedicales@cdg79.fr Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : www.cnil.fr

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	
CITIS (Maladie pro ou accident de service	