

Modèle de certificat d'octroi (CLM/ou CGM)*
(établi par médecin traitant ou spécialiste de l'agent)

Je soussigné, Docteur
Après avoir examiné Monsieur, Madame,.....
Employé(e) par la collectivité(l'établissement).....

Certifie :

☐ Que l'état de santé du patient justifie l'octroi d'un congé de longue maladie (ou grave maladie)

Du au (période jusqu'à 6 mois)

.....

☐ Avoir été informé de la possibilité de contrôle des arrêts de travail prescrits. Un justificatif médical pourra être demandé par un médecin contrôleur (ou le conseil médical)

date
cachet, signature

*Demandé en application du **décret 87-602 du 30/07/1987 (article 26)**