****

**FORMULAIRE DE SAISINE**

**DU COMITE MEDICAL DEPARTEMENTAL**

A renvoyer, **sous pli confidentiel**, à l’adresse suivante :

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale

**Secrétariat du Comité Médical**

9 rue du Clon - 49000 ANGERS

***COLLECTIVITE***

Identification de la collectivité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et prénom du Maire/Président :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dossier suivi par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° tél : / / / /

***AGENT***

Nom d’usage et prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom patronymique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° tél : / / / /

Grade : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| * Agent CNRACL

Nombre d’heures/semaine : | * Titulaire
 |
| * Agent IRCANTEC

Nombre d’heures/semaine : | * Stagiaire
 |
| * Agent intercommunal
 | * Non titulaire
 |

**Nom du médecin traitant** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nom du médecin de prévention** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBJET DE LA SAISINE DU COMITE MEDICAL**

*Demande d’avis sur :*

* Un congé de maladie ordinaire au-delà de 6 mois, depuis le : / /
* Un congé de longue maladie – *agents CNRACL*
	+ L’octroi du CLM, à compter du : / /
	+ Le renouvellement du CLM (\*), à compter du : / /
* Un congé de longue maladie fractionné, à compter du : / /
* Un congé de longue durée – *agents CNRACL*
	+ L’octroi du CLD(\*), à compter du : / /
	+ Le renouvellement du CLD, à compter du : / /
* Un congé de grave maladie – *agents IRCANTEC*
	+ L’octroi du CGM, à compter du : / /
	+ Le renouvellement du CGM, à compter du : / /
* Une disponibilité d’office pour raisons de santé
* L’aptitude à la reprise des fonctions après 12 mois consécutifs de congé maladie ordinaire

***Le comité médical n’est pas saisi pour la reprise des fonctions lorsque l’arrêt maladie ordinaire est inférieur à une année***

* L’aptitude à la reprise des fonctions au cours ou à l’expiration ; (si demande de reprise avec temps partiel thérapeutique, courrier de l’agent obligatoire) :
	+ d’un congé longue maladie,
	+ d’un congé longue durée,
	+ d’un congé grave maladie
* L’aptitude de l’agent à ses fonctions, aux fonctions du grade ou à toutes fonctions
* Un reclassement professionnel avec proposition d’une période de préparation au reclassement *(agent inapte aux fonctions de son grade*)
* Un changement d’affectation pour raisons de santé (*agent inapte à ses fonctions*)
* L’octroi d’un congé maladie pour suivre une cure thermale, à compter du : / /
* Une mise à la retraite pour invalidité non imputable au service (procédure simplifiée)

*Questions précises sur lesquelles la collectivité souhaite avoir un avis du comité médical*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PIECES A JOINDRE EN FONCTION DE LA DEMANDE**

* La lettre de l’agent précisant la nature du congé demandé, adressée à l’employeur (sauf si la demande émane de la collectivité seule pour CMO de plus de 6 mois et DO)
* La lettre de l’agent précisant **impérativement son choix** entre un maintien en CLM après la première année de ce congé ou la transformation de celui-ci en CLD.

*(\*)Au terme de la 1ère année de congé longue maladie, lorsque la pathologie ouvre droit au CLD (mention de l’article 2 sur le PV du comité médical octroyant ce CLM), l’agent peut demander à être placé en CLD ou à être maintenu en CLM.* *Si l'agent souhaite être maintenu en CLM, il ne peut plus bénéficier d'un CLD au titre de l'affection pour laquelle il a obtenu ce congé, s'il n'a pas recouvré auparavant ses droits à CLM à plein traitement (ce qui nécessite 1 an de reprise d’activité).*

* Le certificat médical du médecin traitant spécifiant que l’agent est susceptible de bénéficier du congé demandé
* Pour tout **octroi** d’un congé, un résumé des observations du médecin traitant **précisant la pathologie** (sous pli confidentiel)
* Les certificats médicaux des médecins traitant et agréé, pour une reprise à TPT (en cas d’avis divergeants)
* Le cas échéant, tous les éléments médicaux produits par l’agent
* L’avis du médecin de prévention (pour toute question relative à l’aptitude de l’agent, à un reclassement professionnel, à un changement d’affectation…)
* Un état récapitulatif des arrêts de travail précédant la demande
* La fiche de poste de l’agent

 Fait le à

Signature de l’autorité territoriale

et cachet de la collectivité