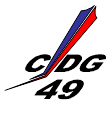
****

**FORMULAIRE DE SAISINE**

**DU CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL (formation restreinte)**

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

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale

**Secrétariat du Conseil 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

N° tél  (obligatoire) : / / / /

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| * Agent CNRACL   Nombre d’heures/semaine : | * Titulaire |
| * Agent IRCANTEC   Nombre d’heures/semaine : | * Stagiaire * C.D.I depuis le……………….. * C.D.D. depuis le…………….. |
| * Agent intercommunal | * Non titulaire |

Nom et adresse du médecin traitant :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin ayant délivré le certificat médical : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nom et adresse du médecin du travail** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Demande d’avis sur :***

* Un congé de longue maladie (CLM)– ***agents CNRACL***

*\*Au terme de la 1ère année de congé longue maladie, lorsque la pathologie ouvre droit au congé longue durée (en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis), l’agent peut demander à être placé en CLD ou à être maintenu en CLM (joindre impérativement le coupon réponse indiquant l’option choisie par l’agent).*

* + L’octroi, à compter du : / /
  + Le renouvellement\* de ce congé sollicité par l’agent, **uniquement** à l’épuisement des droits à plein traitement (1 an), à compter du : / / .
  + Le renouvellement\*, à l’initiative de l’autorité territoriale (**en cas de congé d’office sollicité par la collectivité)**, à compter du : / /
* Octroi du congé de longue maladie fractionné et renouvellement à l’épuisement des droits à plein traitement), à compter du : / /
* Un congé de longue durée (CLD) – ***agents CNRACL***

*Au terme d’une année de congé longue maladie à plein traitement, lorsque la pathologie ouvre droit au congé longue durée (en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis), l’agent peut demander à être placé en CLD ou à être maintenu en CLM (joindre impérativement le coupon réponse indiquant l’option choisie par l’agent).*

* + L’octroi, à compter du : / /
  + Le renouvellement\* de ce congé sollicité par l’agent, **uniquement** à l’épuisement des droits à plein traitement (3 ans), à compter du : / / .
  + Le renouvellement\*, à l’initiative de l’autorité territoriale (**en cas de congé d’office sollicité par la collectivité)**, à compter du : / /
* Un congé de grave maladie (CGM) – ***agents IRCANTEC***
  + L’octroi, à compter du : / /
  + Le renouvellement, à compter du : / /
* Une disponibilité d’office pour raisons de santé suite à l’expiration des droits au CGM ou à la MO ainsi que le renouvellement au : / /
* L’aptitude à la reprise des fonctions **après** :
  + 12 mois consécutifs de congé maladie ordinaire
  + 3 ans de congé longue maladie,
  + 5 ans de congé longue durée,
  + 3 ans de congé grave maladie

**L’aptitude à la reprise n’est pas subordonnée à l’avis du conseil médical avant le terme de ces droits à congés et peut se faire sans saisine de cette instance, sauf dans les cas de CLM et CLD octroyés d’office ou octroyés à des agents dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières.**

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

* L’aptitude de l’agent à ses fonctions, aux fonctions du grade ou à toutes fonctions à épuisement des droits statutaires à congé maladie
* Affectation dans un autre emploi de son grade

* Un reclassement professionnel
* L’octroi d’un congé maladie pour suivre une cure thermale, à compter du : / /

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

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

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

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

* La lettre de l’agent précisant la nature du congé demandé, adressée à l’employeur
* La lettre de l’agent précisant son choix d’un maintien en CLM après la première année de ce congé ou la transformation de celui-ci en CLD.
* Le certificat médical du médecin spécifiant que l’agent est susceptible de bénéficier du congé demandé
* Pour tout **octroi** d’un congé, un résumé des observations du médecin **précisant la pathologie** (sous pli confidentiel)
* Le cas échéant, le rapport d’un médecin expert produit par l’agent
* L’avis du médecin du travail (pour toute question relative à l’aptitude de l’agent, à un reclassement professionnel)
* Un état récapitulatif des arrêts de travail précédant la demande
* La fiche de poste de l’agent
* Les arrêtes pris par la collectivité concernant les renouvellements de congé de maladie

Fait le à

Signature de l’autorité territoriale et

cachet de la collectivité

MAJ mars 2022