

## DOSSIER DE SAISINE DU COMITE MEDICAL

Madame, Monsieur le maire ou le Président : .....

Collectivité ou Etablissement Public : .....

**Objet : SAISINE DU COMITE MEDICAL DEPARTEMENTAL**

J'ai l'honneur de vous faire parvenir le dossier de Monsieur ou Madame : .....

**Afin d'obtenir l'avis du Comité médical départemental sur \***

Avis sur arrêts de plus de 6 mois			
	Attribution	Renouvellement	
Congé de Longue Maladie			
Congé de Longue Maladie Fractionné			
Congé de Longue Durée			
Congé de maladie d'office			
Congé de Grave Maladie			
Disponibilité d'office pour raisons médicales			
Placement du stagiaire en congé sans traitement			
Temps Partiel Thérapeutique <i>(1<sup>ère</sup> attribution suite à un congé de longue maladie, congé de longue durée et congé de maladie ordinaire d'un an. Ou avis non concordant du médecin traitant et du médecin expert.)</i>			
Réintégration à temps complet			
Aptitude aux fonctions de l'agent			
Aptitude à toutes fonctions			
Aménagement de poste			
Reclassement pour inaptitude physique			
Intégration suite à un reclassement dans un nouveau cadre d'emplois <i>(1 an après la procédure de reclassement)</i>			
Aptitude physique du stagiaire			
Retraite pour invalidité - passage à la Commission de réforme	AVEC		SANS
Avis du Comité Médical Supérieur (recours)			
Cure thermale			
Autre :			

Veillez trouver ci-joint les pièces constitutives du dossier.

Fait à :

Le :

Signature de l'autorité territoriale  
et cachet de la Collectivité ou Etablissement Public

\* Merci de cocher la ou les cases correspondantes

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE***(\* obligatoire)*

Nom \* :

Adresse \* :

Nom et Prénom du gestionnaire du dossier \* :

Téléphone \* :

Mail \* :

**IDENTIFICATION DE LA MEDECINE DE PREVENTION***(\* obligatoire)*

Nom et Prénom du Médecin de prévention (en charge de l'agent) \* :

Adresse \* :

Téléphone \* :

Mail \* :

**IDENTIFICATION DE L'AGENT** (\* obligatoire)

Nom et prénom de l'agent \* :

Nom de jeune fille \* :

Date de naissance \* :

Adresse \* :

Numéro de Sécurité Sociale \* :

Tel \* :

Mail :

**SITUATION ADMINISTRATIVE** (\* obligatoire)

Grade \* :

Poste occupé par l'agent \* :

Fonctions actuelles exercées par l'agent \* :

<input type="checkbox"/>	Stagiaire *	<input type="checkbox"/>	Titulaire CNRACL *	<input type="checkbox"/>	Titulaire IRCANTEC *	<input type="checkbox"/>	Non titulaire * depuis le * :
--------------------------	-------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------------------

Date de stagiairisation \* :

Date de titularisation \* :

Date d'entrée dans la FPT \* :

Autre \* :

**NOMBRE D'HEURES HEBDOMADAIRES** (\* obligatoire) Temps complet \* : .....heures Temps non complet \* : .....heures  
(emploi créé pour une durée inférieure au temps complet) Temps partiel \* : .....%  
(emploi créé à temps complet, l'agent a été autorisé à travailler à temps partiel)

Questions précises sur lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis :

**RELEVÉ DES CONGES DEJA OBTENUS**  
**(obligatoire)**

Type de congés	Dates
Congé de maladie ordinaire (périodes de congés consécutifs déjà obtenus sur les douze derniers mois)	
Congé de Longue Maladie	
Congé de Grave Maladie	
Congé de Longue Maladie Fractionné	
Congé de Longue Durée	
Temps partiel pour raisons thérapeutiques	
Disponibilité d'office pour raisons médicales	
Accident de service/maladie professionnelle	