CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL

FORMATION RESTREINTE

I. IDENTITE DE L'AGENT

Nom usuel : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de Naissance : ..... Lieu de naissance.....

Adresse de l'agent **:** .....

.....

Téléphone : .....Mail (recommandé**) :** .....

Grade : .....

Fonctions actuelles : .....

Qualité : ☐ **Stagiaire** ☐ **Titulaire CNRACL** ☐ **Titulaire IRCANTEC** ☐ **Contractuel**

Temps de travail : ☐ **Temps complet** ☐ **Temps non complet : .....heures**

Date d'entrée dans la Fonction publique : .....

Date d'entrée dans la collectivité : .....

Date d'affiliation à la CNRACL : .....

II. IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

Collectivité : .....

Adresse de la Collectivité : .....

.....

Personne en charge du dossier :

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....Mail **:** ....

Nom et adresse du médecin du travail : .....

.....

Téléphone : .....

Nom et adresse du médecin traitant de l'agent : .....

.....

Téléphone : .....

III. RELEVE DES CONGES POUR RAISON DE SANTE

PERIODE **Du :** **Au :**		**CMO**	**CLM** (art 1, art 2 ou art 3) **CGM**	**CLD**	**AUTRES** TPT Dispo santé
TOTAL ACCORDE : **A remplir <u>en nombre de mois</u>** **(pas sur calcul de jours)**					
DROITS RESTANTS OUVERTS : idem					

<u>En arrêt de manière continue depuis le</u> : …… ***(joindre l'arrêt de travail initial)***

CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL

FORMATION RESTREINTE

IV. MOTIFS DE SAISINE

FONCTIONNAIRES AFFILIES AU REGIME SPECIAL CNRACL (Stagiaires et titulaires)

☐ **Octroi CLM (Congé de longue maladie)** ☐ **à la demande de l'agent**
(Décret 2022-350 du 11/03/2022) ☐ **d'office**
☐ **Fractionné pour soins médicaux périodiques**

⇨ **A compter du ……..**

☐ **Octroi CLD (Congé de longue durée)** ☐ **à la demande de l'agent**
(Décret 2022-350 du 11/03/2022) ☐ **d'office**

⇨ **A compter du ……**

☐ **Réintégration** ☐ **Après 12 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire**
☐ **Après une période de disponibilité d'office pour raison de santé**
☐ **Pendant une période ou à l'expiration des droits CLM/CLD** → Seulement pour un agent qui exerce des fonctions nécessitant des conditions de santé particulières

⇨ **A compter du ……**

☐ Temps partiel pour raison thérapeutique ***(Décret 2021-1462 du 08/11/2021)***
☐ **Avis sur les conclusions du médecin agréé (au-delà de 3 mois)**
☐ **Avis divergents entre le médecin traitant et le médecin agréé**

☐ **Disponibilité d'office pour raison de santé** ☐ **Octroi** ☐ **Renouvellement**
(à l'expiration des droits statutaires à congé pour raison de santé) **A compter du ……..**

☐ **Intégration après un détachement de 12 mois suite à un reclassement professionnel pour inaptitude physique**

☐ **Reconnaissance de l'inaptitude à l'exercice de *ses fonctions***

☐ **Reconnaissance de l'inaptitude à l'exercice *des emplois du grade* en vue d'un reclassement professionnel**

☐ **Reconnaissance de l'inaptitude définitive et absolue à l'exercice de *ses fonctions et toutes fonctions* (en vue d'une retraite pour invalidité non imputable au service)**

OBSERVATIONS :

……

……

……

CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL

FORMATION RESTREINTE

FONCTIONNAIRES AFFILIES AU REGIME GENERAL IRCANTEC (Stagiaires et titulaires)

☐ **Octroi CGM (Congé de grave maladie)** ☐ **à la demande de l'agent**
☐ **d'office**
☐ **Fractionné pour soins médicaux périodiques**

⇨ **A compter du ……**

☐ **Réintégration** ☐ **Après 12 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire**
☐ **Après une période de disponibilité d'office pour raison de santé**
☐ **Pendant une période ou à l'expiration des droits au CGM** → Seulement pour un agent qui exerce des fonctions nécessitant des conditions de santé particulières

⇨ **A compter du ……**

☐ Disponibilité d'office pour raison de santé ☐ **Octroi** ☐ **Renouvellement**
⇨ **A compter du ……**

☐ **Reconnaissance de l'inaptitude à l'exercice de *ses fonctions***

☐ **Reconnaissance de l'inaptitude à l'exercice *des emplois du grade* en vue d'un reclassement professionnel**

☐ **Intégration après un détachement de 12 mois suite à un reclassement professionnel pour inaptitude physique**

☐ **Reconnaissance de l'inaptitude définitive et absolue à l'exercice de *ses fonctions et toutes fonctions***

OBSERVATIONS :
……
……
……

CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL

FORMATION RESTREINTE

AGENTS CONTRACTUELS DE DROIT PUBLIC

☐ **Octroi CGM (Congé de grave maladie)** → Uniquement après 3 ans d'ancienneté continue chez le même employeur)

- ☐ **à la demande de l'agent**
- ☐ **d'office**
- ☐ **Fractionné pour soins médicaux périodiques**

⇨ **A compter du ……**

☐ **Réintégration**

- ☐ **A l'issue des droits de congé maladie ordinaire**
- ☐ **Après une période de congé sans traitement**
- ☐ **Pendant une période ou à l'expiration des droits CGM** → Seulement pour un agent qui exerce des fonctions nécessitant des conditions de santé particulières

☐ Congé sans traitement ☐ **Octroi** ☐ **Renouvellement**

⇨ **A compter du ……**

☐ **Reconnaissance de l'inaptitude temporaire à l'exercice de *ses fonctions***

☐ **Reconnaissance de l'inaptitude à l'exercice *des emplois du grade* en vue d'un reclassement professionnel**

☐ **Reconnaissance de l'inaptitude définitive et absolue à l'exercice de *ses fonctions et toutes fonctions***

OBSERVATIONS :

……

……

……

…… ……

CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL

FORMATION RESTREINTE

AUTRES DEMANDES

☐ **Contestation des conclusions d'un médecin agréé pour la visite de contrôle obligatoire réalisée par l'administration dans le cadre d'un CMO au-delà de 6 mois consécutifs**

☐ **Contestation des conclusions d'un médecin agréé pour l'examen médical réalisé au moins 1 fois par an par l'administration dans le cadre d'une demande d'un renouvellement de CLM ou CLD (période à plein traitement)**

☐ **Contestation des conclusions d'un médecin agréé pour l'examen médical réalisé dans le cadre de l'article 37-10 du décret n°87-602 du 30/07/1987 :** *« Lorsqu'un fonctionnaire est placé en congé pour invalidité temporaire imputable au service, l'autorité territoriale peut faire procéder à tout moment à une visite de contrôle par un médecin agréé. Elle procède à cette visite de contrôle au moins une fois par an au-delà de six mois de prolongation du congé initialement accordé. Le conseil médical peut être saisi pour avis, soit par l'autorité territoriale, soit par l'intéressé, des conclusions du médecin agréé. »*

☐ **Admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières**

☐ **Contestation auprès du Conseil Médical Supérieur**

DATE : **CACHET DE L'ADMINISTRATION :**

SIGNATURE :