

Annexe 1 : Formulaire de Saisine de la collectivité

**FORMULAIRE DE SAISINE DU COMITE MEDICAL  
DES AGENTS DE LA  
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE**

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE**

COLLECTIVITE : ....Commune d'AUSSAC-VADALLE.....

ADRESSE : ....61 rue de la République 16560 AUSSAC-VADALLE.....

Nom de la Personne en charge du dossier : ....C.RD.ZARD..... 05.45.20.61.60....  
Mail : maire@aussac-vadalle.fr

NOM DU MEDECIN DE PREVENTION CHARGE DU SUIVI MEDICAL DE L'AGENT CONCERNE :  
.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

....DR PLOQUIN Isabelle.....

.....A.AUSSAC-VADALLE le 25 février 2022

Signature de l'autorité territoriale  
et cachet de la collectivité

Le Maire,

Gérard LIOT



**IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ**

NOM : ....RENAUD..... NOM PATRONYMIQUE :  
.....

Prénom : ....Christelle..... .....

ADRESSE : ....562 route de Chantiseau.....  
.....16560 COULGENS.....  
.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : Le 27/10/1969 à ....ANGOULEME.....

## SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT

Grade : Adjoint technique territorial

Catégorie Active :

Catégorie Sédentaire :

Affectation : restaurant scolaire

Fonctions actuelles exercées par l'agent : Agent de restauration

Stagiaire

(cocher la case correspondante)

Titulaire

Non titulaire

Date d'embauche : 01/09/2013

Date de titularisation : 01/09/2014

Agent en situation de détachement :  OUI

NON

Nombre d'heures hebdomadaires :

Temps complet

Temps non complet : ..... 25 ..... Heures ..... 17 ..... Minutes  
(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)

Autres employeurs : ..... nombre d'heures : .....

Fonctions : ..... 100 % .....

Autres employeurs : ..... nombre d'heures : .....

Fonctions : .....

## EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT A LA SAISINE

QUESTIONS PRECISES SUR LESQUELLES LA COLLECTIVITE SOUHAITE OBTENIR  
UN AVIS

.....  
.....  
.....

## TYPE DE CONGÉ MALADIE DEMANDÉ

### I / FONCTIONNAIRES AFFILIÉS AU REGIME SPÉCIAL

A COMPTER DU

Congé de **MALADIE ORDINAIRE** (au terme d'une période de 6 mois consécutifs) : 10/10/2021

Congé de **LONGUE MALADIE**

**Octroi**

**Renouvellement**

– d'office ..... : ...../...../.....  
– sur demande de l'agent ..... : ...../...../.....

*INFORMATION* : Au terme de la première année de congé de longue maladie, et lorsque la pathologie ouvre droit au congé de longue durée, l'agent peut demander à être placé en CLD ou être maintenu en CLM.

L'agent a opté pour :  CLD

Prolongation CLM

**Dans ce cas joindre obligatoirement un courrier de l'agent précisant son choix**

Congé de **LONGUE DUREE**

**Octroi**

**Renouvellement**

– d'office ..... : ...../...../.....  
– sur demande de l'agent ..... : ...../...../.....

**DISPONIBILITE D'OFFICE** pour maladie (à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie)

**Octroi**

**Renouvellement**

...../...../.....

**REINTEGRATION**

...../...../.....

après 12 mois consécutifs de maladie ordinaire,

à l'issue d'un congé de longue maladie,

à l'issue d'un congé de longue durée,

à l'issue d'une période de disponibilité d'office pour maladie

**REPRISE A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

...../...../.....

*UNIQUEMENT si avis discordant médecin traitant et médecin agréé*

**APTITUDE OU INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DEFINITIVE**

...../...../.....

à ses fonctions

aux fonctions correspondants aux emplois de son grade

à toutes fonctions

**AUTRES** (ex. : aménagement des conditions de travail, etc...) :

...../...../.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **II / FONCTIONNAIRES AFFILIÉS AU RÉGIME GÉNÉRAL**

### **A COMPTER DU**

Congé de **MALADIE ORDINAIRE** (au terme d'une période de 6 mois consécutifs) : ...../...../.....

Congé de **GRAVE MALADIE**

*NB : fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps non complet de moins de 28 H et agents non titulaires comptant au moins 3 années de service quel que soit le nombre d'heures effectuées hebdomadairement) :*

**Octroi**

**Renouvellement**

– d'office ...../...../.....  
– sur demande de l'agent ...../...../.....

**DISPONIBILITE D'OFFICE** pour maladie (à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie)

**Octroi**

**Renouvellement**

...../...../.....

**REINTEGRATION**

...../...../.....

après 12 mois consécutifs de maladie ordinaire,

à l'issue d'un congé de grave maladie,

à l'issue d'une période de disponibilité d'office pour maladie :

**APTITUDE OU INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DEFINITIVE**

...../...../.....

aux fonctions de

Aux fonctions correspondants aux emplois de son grade

à toutes fonctions

**AUTRES**

...../...../.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **II / AGENTS NON TITULAIRES**

### **Congé de GRAVE MALADIE**

*(agents non titulaires comptant au moins 3 années de service quel que soit le nombre d'heures effectuées hebdomadairement) :*

**Octroi**

**Renouvellement**

- d'office ...../...../.....
- sur demande de l'agent ...../...../.....

### **APTITUDE**

...../...../.....

- Fin des droits à congé maladie ordinaire
- à l'issue d'un congé de grave maladie,

## **RELEVE DES CONGES POUR RAISON DE SANTE DEJA OBTENUS**

<b>TYPE DE CONGÉS</b>	<b>DATES</b>
Congés de maladie ordinaire obtenus (sur les douze derniers mois pour leur durée effective)	12 au 17/03/2021 20/05 au 20/06/2021 10/09 au 08/10/2021 09/10 au 14/11/2021 15/11 au 10/12/2021 11/12/2021 au 14/01/2022 15/01 au 18/02/2022 19/02 au 25/03/2022
Congés de longue maladie obtenus	..... ..... ..... .....
Congés de longue durée obtenus	..... ..... .....
Temps partiel thérapeutique obtenu	..... ..... .....
Disponibilité d'office pour maladie obtenue	..... ..... .....
Congés de grave maladie obtenus	..... ..... .....
Relevé des congés longue maladie, longue durée, grave maladie, mi-temps thérapeutique obtenus au cours de la carrière de l'agent	..... ..... .....

Dernier avis du comité médical	.....
--------------------------------	-------