

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 :

ADRESSE :

Nom de la Personne en charge du dossier : **Tel :**
Mail :

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

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

A..... le

Signature de l'autorité territoriale et cachet de la collectivité

IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ

NOM : NOM PATRONYMIQUE :

Prénom : **Téléphone :**

ADRESSE :
.....
.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : Le/...../..... à

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT

Grade :

Catégorie Active :

Catégorie Sédentaire :

Affectation :

Fonctions actuelles exercées par l'agent :

Stagiaire
(cocher la case correspondante)

Titulaire

Non titulaire

Date d'embauche :

Date de titularisation :

Agent en situation de détachement : OUI

NON

Nombre d'heures hebdomadaires :

Temps complet

Temps non complet : Heures 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 :

Autres employeurs : nombre d'heures :

Fonctions :

EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT A LA SAISINE

**QUESTIONS PRÉCISES SUR LESQUELLES LA COLLECTIVITÉ 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) :/...../.....

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

TYPE DE CONGÉS	DATES
Congés de maladie ordinaire obtenus (sur les douze derniers mois pour leur durée effective)
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