

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 : ..... ☎ : .....

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 : ..... ☎ : .....

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 ☐

Titulaire ☐

Non titulaire ☐

(cocher la case correspondante)

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 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) : ...../...../.....

☐ 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,

## **RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ DÉJÀ OBTENUS**

<b>TYPE DE CONGÉS</b>	<b>DATES</b>
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	.....