|  |
| --- |
| **FICHE DE PRESENTATION D’UN DOSSIER****au****CONSEIL MEDICAL – FORMATION RESTREINTE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ADMINISTRATION** | ………………………………………………………………………… |
| **ADRESSE :** | ………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **PERSONNE CHARGEE DU DOSSIER :** | ………………………………………………………………………… |
| **Numéro de téléphone :** | …………………………………………………………………………. |
| **Adresse mail :** | …………………………………………………………………………. |

~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du médecin chargé de la prévention :** | ………………………………………………………………………… |
| **ADRESSE :** | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………… |
| **Numéro de téléphone :** | …………………………………………………………………………. |
| **Adresse mail :**  | …………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **AGENT CONCERNE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’agent**  | **…………………………………………………..** |
| **Nom de Jeune Fille**  | **…………………………………………………..** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prénom de l’agent**  | **………………………………………………….** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de naissance** | …………………………………………………………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grade** | **Affectation** | **Date d’entrée en fonction** |
| ………………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………………………………… | ……………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse de l’agent :** **Numéro de téléphone :**  | …………………………………………………..…………………………………………………..…………………………………………………..………………………………………………….. |

○ Titulaire

○ Non Titulaire

○ Temps complet

○ Temps non complet (Nombre d’heures : …………)

|  |
| --- |
| **NATURE DE LA DEMANDE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de congé demandé** | **……………… Mois****A compter du …………….** |
| □ Demande d’**OCTROI** d’un **Congé de Longue Maladie (CLM)** ○ sur demande de l’agent ○ ou d’office  | …………………………………………………………………… |
| □ Demande de **RENOUVELLEMENT** d’un **Congé de Longue Maladie (CLM)**Après épuisement des droits à plein traitement (fin de la 1ère année)  | …………………………………………………………………… |
| □ Demande d’**OCTROI** d’un **Congé de Longue Durée (CLD)** ○ sur demande de l’agent ○ ou d’office  | …………………………………………………………………… |
| □ Demande de **RENOUVELLEMENT** d’un **Congé de Longue Durée (CLD)**Après épuisement des droits à plein traitement (fin de la 3ème année)  | …………………………………………………………………… |
| □ Demande d’**OCTROI** d’un **Congé de Grave Maladie (CGM)** | ……………………………………………………………………. |
| □ Demande de **RENOUVELLEMENT** d’un **Congé de Grave Maladie (CGM)**Après épuisement des droits à plein traitement (fin de la 1ère année)  | ………………………………….………………………………… |
| **Disponibilité d’Office pour maladie (DO)**A l’expiration des droits statutaires à congé de maladie  ○ **Octroi**  ○ **Renouvellement**  | …………………………………………………………………… |
| **Temps Partiel Thérapeutique (TPT)**○ **Octroi pendant une période de CLM / CLD** > agent qui exerce des fonctions qui nécessitent des conditions de santé particulières ○ **Octroi** à **expiration des droits à CMO / CLM / CLD** ou pendant **DO** ○ **Avis divergent** du médecin traitant et du médecin agréé  | ……………………………………………………………………. |
| **Réintégration à Temps plein** ○ Après **12 mois consécutifs de Congé de Maladie Ordinaire (CMO)** ○ P**endant une période de CLM / CLD / CGM** > agent qui exerce des fonctions qui nécessitent des conditions de santé particulières○ **A l’expiration des droits à CLM / CLD** **/ CGM** ou pendant **DO** | ………………………………………………………………………………………………. |
| **Aptitude ou inaptitude physique totale et définitive** ○ aux fonctions ○ à toutes fonctions  | ………………………………………………………………………………………………. |
| **Reclassement pour inaptitude physique** ○ inaptitude aux fonctions ○ aptitude à d’autres fonctions  | ………………………………………………………………………………………………. |
| **Contestation AVIS MEDECIN AGREE :** ○ par l’agent ○ par l’employeur ○ Octroi d’un congé pour raison de santé ○ Renouvellement d’un congé pour raison de santé○ Réintégration à l’issue d’un congé pour raison de santé ○ Bénéfice d’un Temps Partiel Thérapeutique ○ Admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières○ Visite de contrôle au cours d’un congé pour raison de santé (CMO, CLM/CLD, CITIS)Observations diverses : …………………………………………………………………………………………….........................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **RECAPITULATIF DES CONGES POUR RAISON DE SANTE DEJA OBTENUS** |

|  |  |
| --- | --- |
| **TYPE DE CONGES** | **DATES** |
| **Congés de Maladies Ordinaires (CMO)** obtenusPériode de référence des congés de maladie ordinaire déjà obtenus : congés sur les 12 derniers mois de manière continue |  |
| **Congés de Longue Maladie (CLM)** obtenus |  |
| **Congés de Longue Durée (CLD)** obtenus |  |
| **Temps Partiel Thérapeutique (TPT)** obtenu |  |
| **Disponibilité d’Office pour maladie (DO)** obtenue |  |
| **Congé de Grave Maladie (CGM)** obtenus |  |
| Dernier **Avis du Conseil Médical**Formation Restreinte |  |

|  |
| --- |
| **Questions précises sur lesquelles l’administration souhaite obtenir un avis :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Fait à ……………………………………………**

**Le …………………………………**

**Cachet**