|  |
| --- |
| **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)** obtenus  Période 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**