



COMITE MEDICAL DE LA LOZERE FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Formulaire de saisine

NOM et prénom de l'agent : _____

I - IDENTIFICATION DE L'AUTORITE TERRITORIALE

Collectivité/Etablissement:

Adresse :

Personne chargée du suivi du dossier :

Nom :

Téléphone : Adresse mail :

Nom et adresse du service de médecine préventive :

Nom du médecin de prévention chargé du suivi médical de l'agent :

Dernier avis du comité médical
du...../...../.....

.....
.....

II - IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ

Nom : Prénom :

Nom patronymique :

Adresse :

Téléphone :

Date et lieu de naissance : le /..... /..... à

Nom et adresse du médecin traitant :

 :



III - SITUATION ADMINISTRATIVE

Catégorie : A B C

Grade :

Fonctions actuelles exercées par l'agent :

.....

Stagiaire Titulaire CNRACL Titulaire IRCANTEC Non titulaire

Date de nomination : le /..... /.....

Date d'entrée dans la collectivité : le /..... /.....

Date d'affiliation à la CNRACL: le /..... /.....

- 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 :
(y compris dans le privé).

Fonctions :

.....

Position administrative actuelle : cocher la case correspondante

- En activité
- En arrêt continu depuis le/...../.....
- Mise en disponibilité le/...../.....
- En détachement depuis le/...../.....
- Date de reprise/...../.....
- Autre

IV - EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT À LA SAISINE

- QUESTIONS PRÉCISES SUR LESQUELLES LA COLLECTIVITÉ SOUHAITE OBTENIR UN AVIS :
.....
.....
.....
.....

- 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

V - TYPE DE CONGÉ MALADIE DEMANDÉ / FONCTIONNAIRES CNRA CL

IMPORTANT : LA DEMANDE DE RENOUELEMENT DOIT ÊTRE FAITE
AU MOINS 2 MOIS AVANT L'EXPIRATION DU CONGÉ DÉJÀ ATTRIBUÉ

	A COMPTER DU :
CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE (CMO) <input type="checkbox"/> <i>(Prolongation au terme d'une période de 6 mois consécutifs sans reprise)</i>/...../..... (1 ^{er} jour au-delà des 6 mois consécutifs) DUREE :
CONGÉ DE LONGUE MALADIE (CLM) Attribution <input type="checkbox"/> Renouveauement <input type="checkbox"/> D'office <input type="checkbox"/>/...../..... DUREE :
CONGÉ DE LONGUE DUREE (CLD) Attribution <input type="checkbox"/> Renouveauement <input type="checkbox"/> D'office <input type="checkbox"/>/...../..... DUREE :
TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE seulement en cas d'avis <u>NON CONCORDANTS</u> entre le médecin traitant de l'agent et le médecin agréé mandaté par l'administration) Attribution <input type="checkbox"/> Renouveauement <input type="checkbox"/> QUOTITE :%/...../..... DUREE :
DISPONIBILITE D'OFFICE POUR RAISON DE SANTE à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie Attribution <input type="checkbox"/> Renouveauement <input type="checkbox"/>/...../.....
REINTEGRATION Après 12 mois de congé de maladie ordinaire <input type="checkbox"/> A l'issue / au cours d'un congé de Longue Maladie <input type="checkbox"/> A l'issue / au cours d'un congé de Longue Durée <input type="checkbox"/>/...../.....
AVIS SUR APTITUDE PHYSIQUE Aptitude aux fonctions de l'agent <input type="checkbox"/> Aptitude à toutes fonctions <input type="checkbox"/> Reclassement pour inaptitude physique <input type="checkbox"/> Retraite pour invalidité – procédure simplifiée <input type="checkbox"/>/...../.....
AMENAGEMENT DES CONDITIONS DE TRAVAIL APRES CONGE OU DISPONIBILITE <input type="checkbox"/>/...../.....
AUTRES SITUATIONS (cure thermale...) <input type="checkbox"/> A préciser :/...../.....

VI - TYPE DE CONGÉ MALADIE DEMANDÉ / IRCANTEC (>28heures)

**IMPORTANT : LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DOIT ÊTRE FAITE
AU MOINS 2 MOIS AVANT L'EXPIRATION DU CONGÉ DÉJÀ ATTRIBUÉ**

		A COMPTER DU :
CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE (CMO) <i>(Prolongation au terme d'une période de 6 mois consécutifs sans reprise)</i>	<input type="checkbox"/>/...../..... (1 ^{er} jour au-delà des 6 mois consécutifs) DUREE :
CONGÉ DE GRAVE MALADIE (CGM) Attribution Renouvellement D'office	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/...../..... DUREE :
CONGÉ DE LONGUE DUREE (CLD) Attribution Renouvellement D'office	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/...../..... DUREE :
DISPONIBILITE D'OFFICE POUR RAISON DE SANTE à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie Attribution Renouvellement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/...../.....
REINTEGRATION Après 12 mois de congé de maladie ordinaire A l'issue / au cours d'un congé de Grave Maladie A l'issue / au cours d'un congé de Longue Durée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/...../.....
AVIS SUR APTITUDE PHYSIQUE Aptitude aux fonctions de l'agent Aptitude à toutes fonctions Reclassement pour inaptitude physique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/...../.....
AMENAGEMENT DES CONDITIONS DE TRAVAIL APRES CONGE OU DISPONIBILITE	<input type="checkbox"/>/...../.....
AUTRES SITUATIONS (cure thermale...) A préciser :	<input type="checkbox"/>/...../.....

VII – RELEVES DES CONGES DE MALADIE DEJA OBTENUS

TYPE DE CONGES DEJA OBTENUS	DU	AU	DUREE
Congés de MALADIE ORDINAIRE Période de référence des Congés de Maladie Ordinaire déjà obtenus : congés sur les douze derniers mois pour leur durée effective./...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
TOTAL			
Congés de LONGUE MALADIE Congés de GRAVE MALADIE (Ircantec)/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
TOTAL			
Congés de LONGUE DUREE/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
TOTAL			
TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE (SI avis discordants des médecins)/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
TOTAL			
DISPONIBILITE D'OFFICE POUR RAISON DE SANTE/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
TOTAL			

Fait le, A.....

Signature de l'autorité territoriale et cachet de la collectivité ou de l'établissement



CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE LA LOZERE
- 11 Boulevard des Capucins - 48000 MENDE - Tél. 04 66 65 3003 - Fax 04 66 49 36 02
Site Internet : www.cdg48.fr - Email : cdg48@cdg48.fr

COMITE MEDICAL

COUPON-REPONSE A JOINDRE AU DOSSIER SI AGENT EN CLM

Partie à compléter par la collectivité

Le **CONGE DE LONGUE MALADIE** de atteindra une durée de UN AN le.....

De par l'article 28 du Décret n°86-442 du 14 mars 1986 ainsi que l'article 2 de l'arrêté du 14 mars 1986 modifié par l'arrêté du 01 octobre 1997, l'agent a la possibilité de choisir soit de:

- Poursuivre le **CONGE DE LONGUE MALADIE** en cours,
1 an à plein traitement (année qui vient de s'écouler) et 2 ans à demi-traitement.
Les droits pour ce congé sont réouverts en totalité après un an de reprise d'activité.

- Opter pour le **CONGE DE LONGUE DUREE**,
3 ans à plein traitement (dont l'année qui vient de s'écouler) et 2 ans à demi-traitement.
Ce congé ne peut dépasser 5 ans dans toute la carrière de l'agent pour la même pathologie.

Remis à l'agent le.....

Fait à....., le.....,

Nom, Prénom et Signature de l' élu

Partie à compléter par l'agent

Je soussigné(e) M/Mme certifie avoir pris connaissance de la possibilité de demander à bénéficier d'un Congé de Longue Durée ou de poursuivre le Congé de Longue Maladie en cours.

Je suis en Congé de Longue Maladie depuis le.....

Je fais le choix de demander à bénéficier :

D'UN CONGE LONGUE DUREE

D'UN CONGE LONGUE MALADIE

Fait à....., le.....,

Nom, Prénom et Signature de l'agent



CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE LA LOZERE
– 11 Boulevard des Capucins – 48000 MENDE – Tél. 04 66 65 30 03 – Fax 04 66 49 36 02
Site Internet : www.cdg48.fr - Email : cdg48@cdg48.fr

VII- PIÈCES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA DEMANDE

- ☒ **Lettre de l'agent**, précisant la nature du congé demandé, adressée à l'autorité territoriale.
- ☒ **Certificat médical** du médecin traitant spécifiant que l'agent est susceptible de bénéficier du congé demandé.
- ☒ **Résumé des observations du médecin traitant** et les pièces justificatives adressés sous pli confidentiel fermé à la mairie (le cas échéant).
- ☒ Les 2 avis **non concordants** du médecin traitant de l'agent et du médecin agréé par l'administration, en cas de demande d'attribution/renouvellement de temps partiel thérapeutique.
- ☒ Copie de l'attribution d'une pension d'invalidité par la CPAM (agent affilié au régime général de sécurité sociale), le cas échéant.
- ☒ **Fiche de poste de l'agent**
- ☒ **Avis du médecin de prévention** (réintégration à temps partiel et à temps plein, reclassement, aptitude ou inaptitude physique)
- ☒ **Coupon-réponse** concernant le choix de l'agent (pour tous les agents en congé longue maladie au titre de l'article de 28 du Décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié qui arrivent au terme de la période de rémunération à plein traitement soit 1 an)

Voir également les bordereaux de pièces complémentaires à apporter en fonction de la demande de saisine sur le site www.cdg48.fr.

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE A LA COLLECTIVITE

DOSSIER A TRANSMETTRE :

*Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Lozère
Instances médicales (Comité médical)
11 Boulevard des Capucins – BP 80095
48003 MENDE Cedex*



CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE LA LOZERE –
11 Boulevard des Capucins – 48000 MENDE – Tél. 04 66 65 30 03 – Fax 04 66 49 36 02
Site Internet : www.cdg48.fr - Email : cdg48@cdg48.fr