

Adresse
Téléphone
Grade, emploi

Nom, prénom
Monsieur Le Maire (ou Monsieur le Président)
Collectivité
Adresse
CP VILLE

A....., le.....

OBJET : Saisine du Comité Médical Départemental.

Monsieur le Maire (ou Président),

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais au Comité Médical Départemental, afin que cette instance émette un avis sur : [\(Cocher la case correspondante\)](#)

Attribution Renouvellement

un congé de maladie ordinaire au-delà des 6 mois consécutifs d'arrêts maladie.

A compter du au, pour une période de(jours/mois).

un congé de longue maladie sur demande.

A compter du au, pour une période demois.

un congé de longue durée.

A compter du au, pour une période demois.

un temps partiel pour raison thérapeutique après un CMO ou un CLM , ou un CLD (**seulement en cas d'avis non-concordants du médecin traitant de l'agent et du médecin agréé de l'administration**).

A compter du au, pour une période demois.

une disponibilité d'office pour maladie à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie.

A compter du au

un congé de grave maladie.

A compter du au, pour une période demois.

l'aptitude ou l'inaptitude physique totale et définitive aux fonctions ou à toutes fonctions.

l'aptitude à la reprise à plein temps avec ou sans aménagement de poste.

le reclassement dans un autre emploi.

la réintégration après 12 mois consécutifs de congé maladie ordinaire, à l'issue d'un congé longue maladie ou longue durée, ou d'un congé grave maladie,

autres situations :

A compter duou pour la période du.....au.....

Vous trouverez ci-joint le certificat médical de mon médecin traitant (accompagné d'un rapport sous pli confidentiel), ainsi que les pièces utiles à l'examen de mon dossier.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de croire, Monsieur le Maire (ou Président), à l'assurance de ma considération la meilleure.

Signature de l'agent,