



FORMULAIRE DE SAISINE DU CONSEIL MÉDICAL

du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Lozère

Formation restreinte et plénière



NOM et prénom de l'agent : _____

I. IDENTIFICATION DE L'AUTORITE TERRITORIALE

Collectivité/Etablissement :

Maire/Président :

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 conseil médical Du/...../.....	
---	--

II. IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ

Nom / Prénom :

Nom patronymique :

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

Adresse :

Téléphone :

Nom et adresse du médecin traitant :

III. SITUATION ADMINISTRATIVE

Catégorie : A B C

Grade :

Fonctions actuelles exercées par l'agent (joindre obligatoirement la fiche de poste) :

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 :

(y compris dans le privé)

Nombre d'heures :

Fonctions :

Position administrative actuelle :

En activité

En arrêt continu depuis le/...../.....

Mise en disponibilité le/...../.....

En détachement depuis le/...../.....

Date de reprise le/...../.....

IV. RELEVÉ DES CONGES DÉJÀ OBTENUS POUR RAISONS DE SANTÉ

TYPE DE CONGES	DATES (du au)	DURÉE
MALADIE ORDINAIRE (sur les 12 derniers mois)		
CONGES DE LONGUE MALADIE (CONGE DE GRAVE MALADIE si l'agent relève du régime général)		
CONGE DE LONGUE DURÉE (sur l'ensemble de la carrière)		
DISPONIBILITÉ D'OFFICE POUR RAISON DE SANTÉ		
CONGE ACCIDENT DE SERVICE / DE TRAJET / MALADIE PROFESSIONNELLE (CITIS)		
TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE (sur l'ensemble de la carrière)		

V. OBJET DE LA SAISINE

Exposé des circonstances qui conduisent à la saisine

Questions précises sur lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis :

Cochez la ou les cases correspondantes :

(Le Conseil Médical en formation restreinte est consulté dans les cas suivants)

- Octroi de la première période du CLM/CLD/CGM
- Renouvellement du CLM/CLD/CGM après épuisement des droits à rémunération à plein traitement
- Réintégration à l'expiration des droits au CMO/CLM/CGM/CLD
- Réintégration à l'expiration d'une période de CLM/CLD accordé d'office ou accordé au fonctionnaire soumis aux conditions de santé particulières
- Octroi, prolongation et réintégration suite à la disponibilité d'office pour raison de santé
- Reclassement dans un autre emploi à la suite d'une altération de l'état de santé

Contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé :

- Contestation de l'avis du médecin agréé en date dudans le cadre de l'octroi et renouvellement des congés de maladie
- Contestation de l'avis du médecin agréé en date du..... dans le cadre de gestion du temps partiel thérapeutique
- Contestation de l'avis du médecin agréé en date du dans le cadre du contrôle du CMO/CLM/CLD
- Contestation de l'avis du médecin agréé en date du relative à la prise en charge des arrêts et soins imputables au service (CITIS)

(Le Conseil Médical en formation plénière est consulté dans les cas suivants)

- Imputabilité au service d'un accident de service / accident de trajet en date du
- Imputabilité au service d'une maladie en date du
- Imputabilité de la rechute à l'accident / maladie en date du reconnus imputables
- Retraite pour invalidité
- Allocation temporaire d'invalidité – ATI (octroi, révisions, contestations du taux proposé par un médecin agréé dans l'expertise du
- Autres

(à préciser en référence à l'art 5 et 5-1 du décret 87-602 du 30/07/1987)

VI. COUPON-REPONSE A JOINDRE AU DOSSIER SI AGENT EN CLM

Partie à compléter par la collectivité

Le Congé de Longue Maladie de atteindra une durée de un an le
Conformément à l'article 28 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 et à 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 Congé 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 Congé de Longue Durée,

L'agent a droit à un congé de longue durée lorsqu'il est atteint d'une ou plusieurs des affections suivantes : tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite, déficit immunitaire grave et acquis.

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
 CONGE LONGUE MALADIE

Fait à....., le.....,
Nom, Prénom et signature de l'agent

VII. CACHET ET SIGNATURE DE L'AUTORITÉ TERRITORIALE

Fait à....., le.....,
Cachet et signature de l'autorité territoriale

