

**DOSSIER DE SAISINE**

**DU COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL**

**Collectivité : ……………………………………………………………….**

**Nom / Prénom de l’agent : ………………………………………………...**

***La demande doit être faite au moins 2 mois avant l’expiration du congé en cours***

 **1. OBJET DE LA SAISINE**

|  |
| --- |
| **Congés - disponibilité** |
| Prolongation du congé de maladie ordinaire (CMO) au-delà de 6 mois consécutifs d’arrêt | □ |
| *Congé de longue maladie (CLM*)OctroiRenouvellement | □□ |
| *Congé de longue durée (CLD)*OctroiRenouvellement | □□ |
| *Congé de longue maladie d’office*OctroiRenouvellement | □□ |
| *Congé de longue durée d’office*OctroiRenouvellement | □□ |
| *Congé de grave maladie (CGM)*OctroiRenouvellement | □□ |
| *Disponibilité d’office*OctroiRenouvellementAvec aménagement de poste | □□□ |
| **Temps partiel thérapeutique** |
| Octroi ou renouvellement uniquement en cas d'avis non concordant entre le médecin traitant et le médecin agréé | □ |
| **Réintégration** |
| Réintégration après 12 mois de congés de maladie ordinaire (CMO) Avec aménagement du poste | □□ |
| Réintégration à l’issue d’un congé de longue maladie (CLM)Avec aménagement de poste | □□ |
| Réintégration à l’issue d’un congé de longue durée (CLD)Avec aménagement de poste | □□ |
| Réintégration à l’issue d’un congé de grave maladie (CGM)Avec aménagement de poste | □□ |
| **Reclassement** |
| Reclassement pour inaptitude physique | □ |
| **Retraite** |
| Retraite pour invalidité | □ |
| **AUTRES** |
|  | □ |

**2. IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE**

|  |
| --- |
| **Nom :** ………………………………………………………………………………………..…………………………………………………. |
| **Adresse complète :**…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………. |
| **Gestionnaire du dossier :** Nom : ………………………………………………………………………………….Qualité : ………………………………………………………………………………Tél (ligne directe) : E-mail : ………………………………………………………..@.................... |
| **Médecin de prévention chargé du suivi de l’agent**Nom : …………………………………………………………………………………..Adresse :……………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………..Tél :E-mail : …………………………………………………………@.................... |
| **Questions précises sur lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis**Question n°1…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Question n°2…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Question n°3…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**3. IDENTIFICATION DE L’AGENT**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE L’AGENT** |
| **Nom d’usage :** ………………………………………………………………….…..**Prénom :** ……………………………………………………………………….………**Nom de naissance :** ……………………………………………………………… |
| **Date de naissance :** ……………………………………………………………… à …………………………………………………**N° sécurité sociale :** …………………………………………………………….. |
| **Adresse :**……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….**Tél :** **E-mail :**  |
| **Médecin traitant de l’agent****Nom :** …………………………………………………………………………………..**Adresse :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Tél :** **E-mail :** |
| **SITUATION ADMINISTRATIVE DE L’AGENT** |
| **Grade :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………….**Service/affectation :** …………………………………………………………………………………………………………………….**Fonctions exercées actuellement :** ……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Statut** □ titulaire CNRACL □ titulaire IRCANTEC□ stagiaire □ non titulaire |
| **Nombre d’heures hebdomadaires**□ temps complet□ temps partiel : …………….…..%□ temps non complet : …………….…… heures |
| **Date d’entrée :**dans la fonction publique territoriale : ………………………………………dans la collectivité : …………………………………………………………………..dans le poste occupé actuellement : …………………………………………. |

**4. RECAPITULATIF DES CONGES DEJA OBTENUS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de congé** | **Dates** |
| Congés de maladie ordinaire (périodes de congés déjà obtenues sur les 12 derniers mois) | * du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
 |
| Congés de longue maladie obtenus | * du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
 |
| Congés de longue durée obtenus | * du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
 |
| Temps partiels thérapeutiques obtenus | * du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
 |
| Disponibilités d’office pour maladie obtenues | * du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
 |
| Congés de grave maladie obtenus | * du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
 |
| Réintégration | * du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
* du ……………….….………. au ……………………………
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Droits à congés restant ouverts |  | *
*
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dernier avis du comité médical départemental** | **Date** |
|  |  |