

## FICHE DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL

Nom et prénom de l'agent :

Corps/Grade :

Fonctions :

Adresse :

Téléphone :

Date de naissance :

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais, au conseil médical afin que celui-ci se prononce sur :

↓ **La prolongation de :**

Mon congé de maladie ordinaire de + de 6 mois

↓ **L'octroi de :**

Mon congé de longue maladie

Mon congé de grave maladie

Mon congé de longue durée

Mon temps partiel pour raison thérapeutique

Mon congé sans traitement

À compter du :

↓ **Mon aptitude à :**

La reprise à temps plein

À occuper mon poste de travail

À compter du

↓ **Le renouvellement de :**

Mon congé de longue maladie

Mon congé de grave maladie

Mon congé de longue durée

Mon temps partiel pour raison thérapeutique

Mon congé sans traitement

À compter du :

↓ **Ma demande de :**

Aménagement de poste ou poste adapté

Reclassement

Admission à la retraite pour invalidité

Pièces jointes (obligatoires) :

- Certificat médical administratif
- Certificat médical sous pli confidentiel

Le (Date)

Signature de l'agent