

IMPORTANT : Afin de permettre l'instruction de la demande, l'ensemble des champs doivent obligatoirement être renseignés et les **pièces demandées jointes au dossier**. En cas d'incomplétude de la saisine, celle-ci vous sera retournée pour compléments. Dans l'attente, l'instruction ne pourra débuter.

Renseignements concernant l'agent

Madame Monsieur

Adresse :

Nom d'usage :

Complément :

Prénom(s) :

Code postal :

Date de naissance :

Ville :

Statut applicable : Titulaire Contractuel Stagiaire Ouvrier d'état

Fonction publique : Etat Territoriale Hospitalière

Corps :

Grade :

Entrée dans l'Adm. :

Titularisation :

Fonction :

Téléphone :

NIR :

Durée de travail : Temps plein Temps partiel % Temps non complet heures

Renseignements concernant le service en charge du dossier

Entité juridique* :

Service RH*** :

Structure** :

Nom du référent :

Adresse :

Téléphone :

Complément :

Courriel :

Code postal :

Ville :

*Entité juridique de rattachement : Agriculture, Culture, Défense, Economie, Santé, Travail, Justice, etc.
**Structure d'affectation : Agence de santé, Centre hospitalier, etc.
***Service RH : en charge de la gestion du dossier médical de l'agent

Renseignements concernant la demande

Circonstances conduisant à la saisine du comité

OCTROI (O) RENOUELEMENT (R) MISE EN CONGÉS D'OFFICE (M)

Type de congé demandé (O) (R) (M) = combinaisons possibles

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CMO : Congé ordinaire de maladie (O) | <input type="checkbox"/> À compter du* : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> CLM : Congé de longue maladie (O) (R) (M) | <input type="checkbox"/> Reclassement dans un autre emploi (M) |
| <input type="checkbox"/> CLM : Congé de longue maladie fractionné (O) (R) (M) | <input type="checkbox"/> Aptitude/inaptitude aux fonctions (M) |
| <input type="checkbox"/> CLD : Congé de longue durée (O) (R) (M) | <input type="checkbox"/> Reprise à temps complet (O) |
| <input type="checkbox"/> CGM : Congé de grave maladie (O) (R) | <input type="checkbox"/> Temps partiel thérapeutique (O) (R)* *si avis discordant |
| <input type="checkbox"/> Disponibilité pour raison de santé (O) (R) (M) | <input type="checkbox"/> Congés pour cure thermale (O) |
| <input type="checkbox"/> Congés sans traitement (O) (R) (M) | <input type="checkbox"/> CMS : Recours au Comité Médical Supérieur |
| <input type="checkbox"/> Retraite pour invalidité (O) | <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/> |

Compléments ou précisions éventuelles sur la demande :

Renseignements concernant le médecin de prévention

Nom du médecin :

Téléphone

Courriel :

Pièces à joindre obligatoirement :

- Lettre de l'intéressé-e précisant la nature du congé demandé ;
- Certificat médical détaillé du médecin traitant **sous pli confidentiel** ;
- Certificat médical administratif ;

Des **pièces spécifiques au droit demandé** peuvent être exigées.

Relevé des congés pour raison de santé déjà obtenus après avis du comité médical

Congés ordinaires de maladie au-delà de 6 mois	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
TOTAL :			<input type="text"/> mois
Congés de longue maladie	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
TOTAL :			<input type="text"/> mois
Congés de longue durée	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
TOTAL :			<input type="text"/> mois
Congés grave de maladie	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
TOTAL :			<input type="text"/> mois
Temps partiels pour raison thérapeutique	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
TOTAL :			<input type="text"/> mois
Disponibilité d'office pour raison santé / Congés sans traitement	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
TOTAL :			<input type="text"/> mois

Fait à :

Le :

Cachet de l'administration

Signature du chef de service