

Nom et Prénom de l'agent :

Collectivité :

Avis sur les arrêts de travail

Avis sur arrêt de plus de 6 mois

Inaptitude temporaire : Congé de Maladie

Attribution

Renouvellement

Congé de Longue Maladie

Congé de Longue Maladie Fractionné

Congé de Longue Durée

Congé de Grave Maladie

Congé de maladie ordinaire d'office

Congé Longue Maladie d'Office

Inaptitude temporaire à épuisement des droits au congé maladie

Attribution

Renouvellement

Disponibilité d'office

Placement du stagiaire en congé sans traitement

Réintégration

Attribution

Renouvellement

Temps Partiel Thérapeutique

Réintégration à temps complet

Avis sur Aptitude Physique

Inaptitude physique totale et définitive aux fonctions de l'agent

Reclassement pour inaptitude physique

Avis suite à un détachement préalable au reclassement dans un nouveau grade *(1 an après la procédure de reclassement)*

Inaptitude physique totale et définitive à toutes fonctions

Licenciement pour inaptitude physique

Retraite pour invalidité - passage à la commission de réforme

AVEC

SANS

Autres

Avis Comité Médical Supérieur (recours)

Cure thermale

Autres :

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

(* obligatoire)

Nom * :

Adresse * :

Nom et Prénom du gestionnaire du dossier * :

Téléphone * :

Mail * :

IDENTIFICATION DE LA MEDECINE DE PREVENTION

(* obligatoire)

Nom et Prénom du Médecin de prévention (en charge de l'agent) * :

Adresse * :

Téléphone * :

Mail * :

IDENTIFICATION DE L'AGENT (* obligatoire)

Nom et prénom de l'agent * :

Nom de jeune fille * :

Date de naissance * :

Adresse * :

Tel * :

Mail :

SITUATION ADMINISTRATIVE (* obligatoire)

Grade * :

Poste occupé par l'agent * :

Fonctions actuelles exercées par l'agent * :

Stagiaire * Titulaire CNRACL * Titulaire IRCANTEC * Non titulaire * depuis le * :

Date de stagiairisation * :

Date de titularisation * :

Date d'entrée dans la fonction publique territoriale * :

NOMBRE D'HEURES HEBDOMADAIRES (* obligatoire)

Temps complet * :heures

Temps non complet * :heures
(emploi crée pour une durée inférieur au temps complet)

Temps partiel * :%
(emploi crée à temps complet, l'agent a été autorisé à travailler à temps partiel)

Questions précises sur lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis :

RELEVÉ DES CONGES DEJA OBTENUS
(obligatoire)

Type de congés	Dates
Congé de maladie ordinaire (période de congé déjà obtenue sur les douze derniers mois)	
Congé de Longue Maladie	
Congé de Grave Maladie	
Congé de Longue Maladie Fractionné	
Congé de Longue Durée	
Temps partiel pour raisons thérapeutiques	
Disponibilité d'office pour raisons médicale	

FORMULAIRE DE L'AUTORITE TERRITORIALE

Madame, Monsieur Le maire ou le Président :

Collectivité ou Etablissement Public :

Objet : SAISINE DU COMITE MEDICAL DEPARTEMENTAL

J'ai l'honneur de vous faire parvenir le dossier de Monsieur ou Madame :

Afin d'obtenir l'avis du comité médical départemental sur

Avis sur arrêt des plus de 6 mois	<input type="checkbox"/>			
	Attribution		Renouvellement	
Congé de Longue Maladie	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Congé de Longue Maladie Fractionné	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Congé de Longue Durée	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Congé de maladie ordinaire d'office	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Congé Longue Maladie d'Office	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Congé de Longue Maladie	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Disponibilité d'office	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Placement du stagiaire en congé sans traitement	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Temps Partiel Thérapeutique	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Réintégration à temps complet	<input type="checkbox"/>			
Inaptitude physique totale et définitive aux fonctions de l'agent	<input type="checkbox"/>			
Reclassement pour inaptitude physique	<input type="checkbox"/>			
Avis suite à un détachement préalable au reclassement dans un nouveau grade	<input type="checkbox"/>			
Inaptitude physique totale et définitive à toutes fonctions	<input type="checkbox"/>			
Licenciement pour inaptitude physique	<input type="checkbox"/>			
Retraite pour invalidité - passage à la commission de réforme	AVEC	<input type="checkbox"/>	SANS	<input type="checkbox"/>
Avis Comité Médical Supérieur (recours)	<input type="checkbox"/>			
Cure thermale	<input type="checkbox"/>			
Autre :	<input type="checkbox"/>			

Veillez trouver ci-joint les pièces constitutives du dossier.

Fait à :

Le :

Signature de l'autorité territoriale
et cachet de la Collectivité ou Etablissement Public

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR SELON LES CAS DE SAISINES

DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR TOUTES SAISINES

Dossier de saisine	<input type="checkbox"/>
Formulaire de l'autorité territoriale signé	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTS A FOURNIR SELON LES CAS DE SAISINES

ATTRIBUTION DU CLM, CLD, GRAVE MALADIE

Lettre de l'agent sollicitant l'octroi du congé demandé	<input type="checkbox"/>
Certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'état de santé de l'agent est susceptible de bénéficier du congé demandé	<input type="checkbox"/>
Certificat médical détaillé décrivant précisément l'état de santé de l'agent et la pathologie dont il est atteint, adressé sous pli confidentiel au comité médical	<input type="checkbox"/>
Tous les documents médicaux en possession de l'agent relatif à la pathologie, adressés sous pli confidentiel au comité médical (comptes rendu opératoire, avis spécialisés, etc.)	<input type="checkbox"/>
L'arrêt de travail initial (<i>obligatoire</i>) et la dernière prolongation	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste détaillée et actualisée de l'agent	<input type="checkbox"/>

RENOUVELLEMENT CLD, CLM, CGM

Lettre de l'agent sollicitant le renouvellement du congé déjà octroyé	<input type="checkbox"/>
Certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'état de santé de l'agent justifie le renouvellement du congé déjà octroyé	<input type="checkbox"/>
Certificat médical détaillé décrivant précisément l'évolution de l'état de santé de l'agent, et la durée de la prolongation de l'arrêt de travail prévisible, adressé sous pli confidentiel au comité médical	<input type="checkbox"/>
Tous les documents médicaux nouveaux et non encore transmis au comité médical, en possession de l'agent, adressés sous pli confidentiel au comité médical (comptes rendu opératoire, avis spécialisés, etc.)	<input type="checkbox"/>
La dernière prolongation de l'arrêt de travail	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste détaillée et actualisée de l'agent	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTS A FOURNIR SELON LES CAS DE SAISINES

ATTRIBUTION CONGE DE MALADIE ORINIARE, DE LONGUE MALADIE D'OFFICE

Un rapport du supérieur hiérarchique justifiant que l'état de santé de l'agent nécessite le placement en congé maladie d'office	<input type="checkbox"/>
Rapport détaillé du médecin de prévention précisant que l'état de santé de l'agent justifie le placement en congé de maladie d'office	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste détaillée et actualisée de l'agent	<input type="checkbox"/>
L'arrêt de travail initial et la dernière prolongation	<input type="checkbox"/>

RENOUVELLEMENT CONGE DE MALADIE ORINIARE, DE LONGUE MALADIE D'OFFICE

Certificat médical détaillé décrivant précisément l'évolution de l'état de santé de l'agent, et la durée de la prolongation de l'arrêt de travail prévisible, adressé sous pli confidentiel au comité médical	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste détaillée et actualisée de l'agent	<input type="checkbox"/>
La dernière prolongation de l'arrêt de travail	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTS A FOURNIR SELON LES CAS DE SAISINES

ATTRIBUTION DU CONGE DE LONGUE MALADIE FRACTIONNE

Lettre de l'agent sollicitant l'octroi du congé demandé	<input type="checkbox"/>
Certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'état de santé de l'agent est susceptible de bénéficier du congé demandé	<input type="checkbox"/>
Certificat médical détaillé décrivant précisément l'état de santé de l'agent et la pathologie dont il est atteint, adressé sous pli confidentiel au comité médical	<input type="checkbox"/>
Tous les documents médicaux en possession de l'agent relatif à la pathologie, adressés sous pli confidentiel au comité médical (comptes rendu opératoire, avis spécialisés, etc.)	<input type="checkbox"/>
L'arrêt de travail initial (<i>obligatoire</i>) et la dernière prolongation	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste détaillée et actualisée de l'agent	<input type="checkbox"/>
<p><u>Si l'agent a déjà bénéficié d'un congé de longue maladie fractionné :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - un état récapitulatif précis du nombre de jours déjà obtenu au titre du congé de longue maladie fractionné, - un état récapitulatif précis du nombre de jours travaillé depuis l'octroi du congé de longue maladie fractionné 	<input type="checkbox"/>

RENOUVELLEMENT DU CONGE DE LONGUE MALADIE FRACTIONNE

Lettre de l'agent sollicitant l'octroi du congé demandé	<input type="checkbox"/>
Certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'état de santé de l'agent justifie le renouvellement du congé déjà octroyé	<input type="checkbox"/>
Certificat médical détaillé décrivant précisément l'évolution de l'état de santé de l'agent, et la durée de la prolongation de l'arrêt de travail prévisible, adressé sous pli confidentiel au comité médical	<input type="checkbox"/>
Tous les documents médicaux nouveaux et non encore transmis au comité médical, en possession de l'agent, adressés sous pli confidentiel au comité médical (comptes rendu opératoire, avis spécialisés, etc.)	<input type="checkbox"/>
La dernière prolongation de l'arrêt de travail	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste détaillée et actualisée de l'agent	<input type="checkbox"/>
<p><u>Si l'agent a déjà bénéficié d'un congé de longue maladie fractionné :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - un état récapitulatif précis du nombre de jours déjà obtenu au titre du congé de longue maladie fractionné, - un état récapitulatif précis du nombre de jours travaillé depuis l'octroi du congé de longue maladie fractionné 	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTS A FOURNIR SELON LES CAS DE SAISINES

LE TEMPS PARTIEL POUR RAISONS THERAPEUTIQUES

Lettre de l'agent sollicitant l'attribution du temps partiel pour raisons thérapeutiques	<input type="checkbox"/>
Certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'état de santé de l'agent lui permet une reprise à temps partiel pour raisons thérapeutiques (précisant la quotité de travail à envisager)	<input type="checkbox"/>
Certificat médical détaillé spécifiant précisément que l'état de santé de l'agent lui permet une reprise à temps partiel pour raisons thérapeutiques, adressé sous pli confidentiel au comité médical	<input type="checkbox"/>
Rapport détaillé du médecin de prévention précisant si l'état de santé de l'agent permet une reprise à temps partiel pour raisons thérapeutiques précisant la quotité de travail et si des aménagements de poste sont nécessaires ou pas	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste détaillée et actualisée de l'agent	<input type="checkbox"/>

RENOUVELLEMENT DE TEMPS PARTIEL POUR RAISONS THERAPEUTIQUES

Lettre de l'agent sollicitant le renouvellement du temps partiel pour raisons thérapeutiques	<input type="checkbox"/>
Certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'état de santé de l'agent justifie le renouvellement du temps partiel pour raisons thérapeutiques (précisant la quotité de travail à envisager)	<input type="checkbox"/>
Certificat médical détaillé décrivant précisément l'évolution de l'état de santé de l'agent et spécifiant précisément que l'état de santé de l'agent justifie le renouvellement du temps partiel pour raisons thérapeutiques, adressé sous pli confidentiel au comité médical.	<input type="checkbox"/>

REINTEGRATION A TEMPS COMPLET

Lettre de l'agent sollicitant sa reprise à temps complet	<input type="checkbox"/>
Certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'état de santé de l'agent lui permet une reprise à temps complet.	<input type="checkbox"/>
Rapport détaillé du médecin de prévention précisant si l'état de santé de l'agent permet une reprise à temps complet précisant si des aménagements de poste sont nécessaires ou pas	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste détaillée et actualisée de l'agent	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTS A FOURNIR SELON LES CAS DE SAISINES

INAPTITUDE PHYSIQUE TOTAL ET DEFINITIVE A SES FONCTIONS

Dossier de saisine	<input type="checkbox"/>
Formulaire de l'autorité territoriale signé	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste détaillée et actualisée de l'agent	<input type="checkbox"/>

INAPTITUDE PHYSIQUE TOTAL ET DEFINITIVE A TOUTES FONCTIONS

Dossier de saisine	<input type="checkbox"/>
Formulaire de l'autorité territoriale signé	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste détaillée et actualisée de l'agent	<input type="checkbox"/>

LA MISE EN DISPONIBILITE D'OFFICE ET SON RENOUVELLEMENT

Récapitulatif des congés déjà obtenues dument rempli (page 4/10 du dossier de saisine)	<input type="checkbox"/>
Lettre de l'agent sollicitant la mise en disponibilité d'office ou son renouvellement	<input type="checkbox"/>
Certificat médical du médecin traitant spécifiant que l'état de santé de l'agent justifie la mise en disponibilité d'office pour raisons médicales	<input type="checkbox"/>
Certificat médical détaillé spécifiant précisément que l'état de santé de l'agent justifie la mise en disponibilité d'office pour raisons médicales, adressé sous pli confidentiel au comité médical	<input type="checkbox"/>
L'arrêt de travail initial et la dernière prolongation (<i>pour l'attribution</i>)	<input type="checkbox"/>
La dernière prolongation de l'arrêt de travail (<i>pour le renouvellement</i>)	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste détaillée et actualisée de l'agent	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTS A FOURNIR SELON LES CAS DE SAISINES

LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL POUR INAPTITUDE PHYSIQUE

Lettre de l'agent sollicitant son reclassement professionnel	<input type="checkbox"/>
Certificat médical du médecin traitant mentionnant l'inaptitude aux fonctions de l'agent, et justifiant le reclassement professionnel.	<input type="checkbox"/>
Certificat médical détaillé spécifiant précisément que l'état de santé de l'agent le rend inapte à ses fonctions, et justifiant le reclassement professionnel, adressé sous pli confidentiel au comité médical	<input type="checkbox"/>
Tous les documents médicaux nouveaux et non encore transmis au comité médical, en possession de l'agent, adressés sous pli confidentiel au comité médical (comptes rendu opératoire, avis spécialisés, etc.)	<input type="checkbox"/>
Rapport détaillé du médecin de prévention précisant que l'état de santé de l'agent justifie le reclassement professionnel	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste « actuelle » avec le descriptif détaillé des tâches réalisées	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste du « nouvel emploi proposé » avec le descriptif détaillé des tâches à réaliser	<input type="checkbox"/>

RETRAITE POUR INVALIDITE

Lettre de l'agent sollicitant l'attribution de la retraite pour invalidité	<input type="checkbox"/>
Certificat médical du médecin traitant mentionnant que l'état de santé de l'agent justifie l'attribution de la retraite pour invalidité	<input type="checkbox"/>
Certificat médical détaillé spécifiant précisément que l'état de santé de l'agent justifie l'attribution de la retraite pour invalidité, adressé sous pli confidentiel au comité médical.	<input type="checkbox"/>
Tous les documents médicaux nouveaux et non encore transmis au comité médical, en possession de l'agent, adressés sous pli confidentiel au comité médical (comptes rendu opératoire, avis spécialisés, etc.)	<input type="checkbox"/>
L'imprimé AF3 Attention ne remplir que les pages qui concerne l'administration, le reste sera rempli par le médecin agréé. Formulaire imprimable sur le site internet de la CNRACL : www.cdc.retraites.fr	<input type="checkbox"/>
Attestation de reclassement obligatoire rempli par l'employeur Formulaire imprimable sur le site internet de la CNRACL : www.cdc.retraites.fr	<input type="checkbox"/>
Un récapitulatif des états de services de l'agent	<input type="checkbox"/>
La fiche de poste détaillée et actualisée de l'agent	<input type="checkbox"/>