*Toutes les informations demandées doivent obligatoirement être complétées afin de saisir de Conseil Médical*

**Saisine du Conseil Médical
de la FPT – Centre de Gestion**

**Employeur** :

Nom de la collectivité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gestionnaire du dossier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🕿 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Agent :**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🕿 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date d’entrée dans la collectivité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Catégorie : 🞏 A 🞏 B 🞏 C

Statut : 🞏 Stagiaire 🞏 Titulaire 🞏 Non titulaire Date de nomination : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’agent est en arrêt de travail depuis le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durée travail : 🞏 Temps complet - 🞏 Temps partiel …....% - 🞏 Temps non complet ……….h/semaine

Autres employeurs ou activité professionnelle :

Collectivité / structure : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Durée hebdomadaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Collectivité / structure : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Durée hebdomadaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDECIN DU TRAVAIL** :

Nom du médecin du travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Structure : 🞏 AISMT 36 🞏 MSA Berry-Touraine 🞏 Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🕿 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDECIN TRAITANT** :

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🕿 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Conseil MÉdical en formation restreinte** | **Avis sur l’octroi d’un congÉ****[ ]  CONGÉ DE LONGUE MALADIE (CLM) (Stagiaire - Titulaire CNRACL)** [ ]  Sur demande de l’agent [ ]  Fractionné [ ]  D’office *Au terme de la première année de congé de longue maladie, et lorsque la pathologie ouvre droit au congé de longue durée, l’agent peut demander à être placé en congé longue durée ou être maintenu en congé longue maladie.*[ ]  **CONGÉ DE LONGUE DURÉE (CLD) (Stagiaire - Titulaire CNRACL)** [ ]  Sur demande de l’agent [ ]  D’office [ ]  **CONGÉ DE GRAVE MALADIE (CGM) (Stagiaire - Titulaire et Contractuel IRCANTEC)** [ ]  Sur demande de l’agent [ ]  D’office [ ]  **CongÉ pour INFIRMITÉS de guerre****renouvellement d’un congé maladie après Épuisement des droits À rÉmunÉration À plein traitement** [ ]  **CLM** **(Stagiaire - Titulaire CNRACL)** [ ]  **CLD** **(Stagiaire - Titulaire CNRACL)** [ ]  **CONGÉ DE GRAVE MALADIE (Stagiaire - Titulaire et Contractuel IRCANTEC)***La demande de renouvellement doit être effectuée au moins 2 mois avant la fin de la période de congé déjà attribuée* **Reprise / RÉintÉgration** **À l’issue d’une pÉriode de CLM / CLD / CGM**[ ]  Lorsque le fonctionnaire exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières **(Stagiaire -Titulaire CNRACL)**[ ]  En cas de CLM / CLD d'office **(Stagiaire - Titulaire CNRACL)****À expiration des droits À congÉs pour raison de santÉ**[ ]  Congé de maladie ordinaire (CMO) **(Stagiaire - Titulaire CNRACL)**[ ]  CLM **(Stagiaire - Titulaire CNRACL)** [ ]  CLD **(Stagiaire - Titulaire CNRACL)**[ ]  Congé de grave maladie **(Stagiaire - Titulaire et Contractuel IRCANTEC)****À l’issue d’une pÉriode de :****[ ]** Disponibilité d’office pour raison de santé **(Stagiaire - Titulaire CNRACL)****[ ]** Congé sans traitement **(Stagiaire CNRACL et IRCANTEC)****La disponibilitÉ d’office pour raison de santÉ** **(Titulaire CNRACL et IRCANTEC)**[ ]  Octroi [ ]  Renouvellement**Le congÉ sans traitement (Stagiaire CNRACL et IRCANTEC)**[ ]  Octroi [ ]  Renouvellement**[ ]  L’APTITUDE / L’inaptitude aux fonctions suite à l’altÉration de l'État de santÉ (Titulaire CNRACL et IRCANTEC)****[ ]  Le CHANGEMENT D’AFFECTATION OU LE reclassement dans un autre emploi À la suite DE L’altÉration de l'État de santÉ DU FONCTIONNAIRE****Contestation d'un avis mÉdical rendu par un mÉdecin agrÉÉ (Stagiaire CNRACL et IRCANTEC et Contractuel IRCANTEC)**[ ]  L'admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières [ ]  L'octroi, le renouvellement d'un congé pour raison de santé[ ]  La réintégration à l'issue d'un congé pour raison de santé[ ]  Le bénéfice d'un temps partiel pour raison thérapeutique (TPT)[ ]  L'examen médical de contrôle réalisé dans le cadre d’un : [ ]  CMO [ ]  CLM/CLD/CGM [ ]  CITIS  |
| **Conseil Médical en formation plénière** | **Accident de service / trajet et maladie professionnelle / contractÉe en service(Stagiaire-Titulaire CNRACL)** [ ]  **L’imputabilitÉ au service d’un accident ou d’un accident de trajet** : uniquement lorsqu’une faute personnelle ou toute autre circonstance particulière est potentiellement de nature à détacher l’accident du service ou du trajet[ ]  **La reconnaissance d’une maladie professionnelle ou d’origine professionnelle**: uniquement lorsque l’affection résulte d’une maladie contractée en service qui ne remplit pas toutes les conditions des tableaux des maladies professionnelles ou n’est pas inscrite aux tableaux[ ]  **L’imputabilitÉ au service d’une rechute** d’un accident de service ou d’une maladie professionnelle [ ]  **LE SUIVI Et/OU La consolidation de l’accident ou de la maladie professionnelle** (prise en charges des soins et/ou frais médicaux, consolidation, attribution d’un taux d’IPP, etc.)**Allocation Temporaire d’Invalidité (ATI) (Titulaire CNRACL)** [ ]  **L’attribution d’une Allocation Temporaire d’InvaliditÉ (ATI)**[ ]  **La rÉvision de l’Allocation Temporaire d’InvaliditÉ (ATI) :** [ ]  Quinquennale [ ]  Sur demande [ ]  Nouvel accident [ ]  Radiation des cadres**[ ]  LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE DES FONCTIONNAIRES STAGIAIRES (Stagiaire CNRACL)** **[ ]  Retraite pour InvaliditÉ (Titulaire CNRACL)** **[ ]  Autre motif :** …………………………………………………………………………………………………….………………………….…………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………… |

**EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT À LA SAISINE,
OBSERVATIONS (**signalement de toute fin de droits ou de toute situation particulière)
ou encore **QUESTIONS PRÉCISES SUR LESQUELLES LA COLLECTIVITÉ SOUHAITE OBTENIR UN AVIS :**

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………….…………………

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………….…………………

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………….…………………

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………….…………………

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………….…………………

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………….…………………

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………….…………………

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………….…………………

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………….…………………

|  |
| --- |
| **RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ DÉJA OBTENUS** |
| **TYPE DE CONGÉS**  | **DATES** |
| [ ]  **CongÉs de maladie ordinaire** (Période de congés déjà obtenue sur les douze derniers mois) | Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  **CongÉs de longue maladie** [ ]  **CongÉs de longue durÉe**[ ]  **CongÉs de grave maladie** | Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  **Temps partiel pour raison thÉrapeutique**  | Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  **DisponibilitÉ d’office pour maladie**  | Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Autres CongÉs pour :**[ ]  Accidents de service / trajetDate accident : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Maladie professionnelleDate déclaration maladie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cachet et signature de la collectivité :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SecrÉtariat du Conseil MÉdical** :Centre de Gestion de la FPT de l’Indre21 rue Bourdillon 36000 CHATEAUROUX | **Formation Restreinte :**Madame Virginie TORRES🕿: 02 54 34 14 58**Mail** : v.torres@cdg36.frPermanences téléphoniques de 14h à 17h (sauf le mercredi) | **Formation Plénière :**Madame Mélanie BRUNET🕿: 02 54 34 12 28**Mail** : m.brunet@cdg36.frPermanences téléphoniques les mardi et jeudi de 14h à 17h |