*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 / trajet  Date accident : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Maladie professionnelle  Date 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’Indre  21 rue Bourdillon  36000 CHATEAUROUX | **Formation Restreinte :**  Madame Virginie TORRES  🕿: 02 54 34 14 58  **Mail** : [v.torres@cdg36.fr](mailto:v.torres@cdg36.fr)  Permanences téléphoniques de 14h à 17h (sauf le mercredi) | **Formation Plénière :**  Madame Mélanie BRUNET  🕿: 02 54 34 12 28  **Mail** : [m.brunet@cdg36.fr](mailto:m.brunet@cdg36.fr)  Permanences téléphoniques les mardi et jeudi de 14h à 17h |