

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

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 completh/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 : _____

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 APRES 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 A 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
RESTREINTE**

**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.)

**CONSEIL MEDICAL
EN FORMATION
PLENIERE**

ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE (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 DÉJÀ OBTENUS

TYPE DE CONGÉS	DATES
<input type="checkbox"/> CONGÉS DE MALADIE ORDINAIRE (Période de congés déjà obtenue sur les douze derniers mois)	Du _____ au _____ Du _____ au _____ Du _____ au _____
<input type="checkbox"/> CONGÉS DE LONGUE MALADIE <input type="checkbox"/> CONGÉS DE LONGUE DURÉE <input type="checkbox"/> CONGÉS DE GRAVE MALADIE	Du _____ au _____ Du _____ au _____ Du _____ au _____ Du _____ au _____
<input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE	Du _____ au _____ Du _____ au _____
<input type="checkbox"/> DISPONIBILITÉ D'OFFICE POUR MALADIE	Du _____ au _____ Du _____ au _____
AUTRES CONGÉS POUR : <input type="checkbox"/> Accidents de service / trajet Date accident : _____ <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle Date déclaration maladie : _____	Du _____ au _____ Du _____ au _____ Du _____ au _____

Fait à _____ Le _____

Cachet et signature de la collectivité :

<p>SECRETARIAT DU CONSEIL MÉDICAL : Centre de Gestion de la FPT de l'Indre 21 rue Bourdillon 36000 CHATEAUROUX</p>	<p>Formation Restreinte : Madame Virginie TORRES ☎ : 02 54 34 14 58 Mail : v.torres@cdg36.fr Permanences téléphoniques de 14h à 17h (sauf le mercredi)</p>	<p>Formation Plénière : Madame Mélanie BRUNET ☎ : 02 54 34 12 28 Mail : m.brunet@cdg36.fr Permanences téléphoniques les mardi et jeudi de 14h à 17h</p>
--	--	---