

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 <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>	Adresse :	<input type="text"/>
Nom d'usage :	<input type="text"/>	Complément :	<input type="text"/>
Prénom(s) :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Statut applicable :	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Contractuel	<input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Ouvrier d'état
Fonction publique :	<input type="checkbox"/> Etat <input type="checkbox"/> Territoriale	<input type="checkbox"/> Hospitalière	
Corps :	<input type="text"/>	Grade :	<input type="text"/>
Entrée dans l'Adm. :	<input type="text"/>	Titularisation :	<input type="text"/>
Fonction :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>
NIR :	<input type="text"/>		
Durée de travail :	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> Temps non complet <input type="text"/> heures

Renseignements concernant le service en charge du dossier

Entité juridique* :	<input type="text"/>	Service RH*** :	<input type="text"/>
Structure** :	<input type="text"/>	Nom du référent :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>
Complément :	<input type="text"/>	Courriel :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>		
Ville :	<input type="text"/>		

*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) RENOUVELLEMENT (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