

# BORDEREAU DE SAISINE DU CONSEIL MÉDICAL

(formations restreinte et plénière)

*A remplir par l'employeur et à adresser à :*

**Conseil médical**

**Centre de Gestion de FPT**

**29 Bld Anatole France – CS 40322**

**90006 BELFORT CEDEX**

## Identification de la collectivité

Collectivité : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Autre(s) employeur(s) : préciser le temps de travail hebdomadaire et la nature des fonctions :

.....  
.....  
.....

## Informations concernant l'agent

Mme     M.

Nom d'usage / Prénom : .....

Nom patronymique (nom de naissance) : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Nom du médecin de prévention : .....

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Mail : .....

Qualité :  Stagiaire .....depuis le .....

Titulaire CNRACL ou  Titulaire IRCANTEC .....depuis le .....

Contractuel .....depuis le .....

### Situation administrative de l'agent

Grade : .....

Catégorie :  A  B  C

Service : .....

Fonctions actuelles exercées par l'agent : .....

Date d'entrée dans la collectivité : .....

Statut :  Titulaire/stagiaire CNRACL  Titulaire/stagiaire CNRACL  Non titulaire

Temps de travail :  Temps complet  Temps non complet  Temps partiel : ..... %

## Objet de la saisine du conseil médical

- Octroi de la première période du CLM/CLD/CGM
  
- Prolongation du CLM/CLD/CGM à l'épuisement des droits à plein traitement
  
- Réintégration à l'expiration des droits au CLM/CLD/CGM
  
- Réintégration à l'expiration d'une période du CLM/CLD accordée d'office (ou au fonctionnaire soumis aux conditions de santé particulière)
  
- Octroi, prolongation et réintégration suite à la disponibilité d'office
  
- Reclassement
  
- Contestation de l'avis du médecin agréé en date du ..... dans le cadre de l'octroi et renouvellement des congés de maladie
  
- Contestation de l'avis du médecin agréé en date du ..... dans le cadre de gestion du temps partiel thérapeutique
  
- Contestation de l'avis du médecin agréé en date du ..... dans le cadre du contrôle du CMO/CLM/CLD
  
- Contestation de l'avis du médecin agréé en date du ..... relative à la prise en charge des arrêts et soins imputables au service (CITIS)

Imputabilité au service d'un accident de service/accident de trajet en date du.....

Imputabilité au service d'une maladie en date du .....

Imputabilité de la rechute à l'accident/maladie en date du ..... reconnu(e)  
imputable

Retraite pour invalidité

Allocation temporaire d'invalidité – ATI (octroi, révisions, contestations du taux proposé par un médecin  
agréé dans l'expertise du .....

Autres .....(à préciser en référence à l'art 5 et 5-1 du décret 87-602 du  
30/07/1987)

**Relevé des congés déjà obtenus pour raison de santé**

<b>TYPE DE CONGES</b>	<b>DATES</b> <b>(du ..... au .....)</b>
MALADIE ORDINAIRE (sur les 12 derniers mois)	
CONGES DE LONGUE MALADIE (Congé grave maladie si l'agent relève du régime général)	
CONGE DE LONGUE DUREE (sur l'ensemble de la carrière)	
DISPONIBILITE D'OFFICE	
CONGE ACCIDENT DE SERVICE/ TRAJET/ MALADIE PROFESSIONNELLE (CITIS)	
TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE (sur l'ensemble de la carrière)	