

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 : ☐ Stagiairedepuis le

☐ Titulaire CNRACL ou ☐ Titulaire IRCANTECdepuis le

☐ Contractueldepuis 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 IRCANTEC ☐ Non titulaire

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

- ☐ Octroi de la première période du CLM/CLD/CGM
- ☐ Prolongation du CLM/CLD/CGM à l'épuisement des droits à plain 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 dudans 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 dureconnus imputables

☐ 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

TYPE DE CONGES	DATES (du au)
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)	