

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	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>		
Statut	<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Contractuel	<input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Ouvrier d’état	
Fonction	<input type="checkbox"/> Etat	<input type="checkbox"/> Territoriale	<input type="checkbox"/> Hospitalière		
Corps :	<input type="text"/>	Grade :	<input type="text"/>		
Entrée dans	<input type="text"/>	Titularisation :	<input type="text"/>		
Fonction :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>		
NIR :	<input type="text"/>				
Courriel :	<input type="text"/>				
Durée de	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps	<input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> Temps non	<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 conseil

OCTROI (O) RENOUELEMENT (R) MISE EN CONGÉS D'OFFICE (M)

Type de congé demandé (O) (R) (M) = combinaisons

À compter du* :

 CMO : Congé ordinaire de maladie (O) Reclassement dans un autre emploi (M) CLM : Congé de longue maladie (O) (R) (M) Aptitude/inaptitude aux fonctions (M) CLM : Congé de longue maladie fractionné (O) Reprise à temps complet (O) CLD : Congé de longue durée (O) (R) (M) Temps partiel thérapeutique (O) (R)*
*si avis discordant CGM : Congé de grave maladie (O) (R) Congés pour cure thermale (O) Disponibilité pour raison de santé (O) (R) (M) CMS : Recours au Comité Médical Supérieur Congés sans traitement (O) (R) (M) Autre : Majoration pour assistance d'une tierce personne (O) (R) *
*si avis discordant

*Correspondant à la date de début d'arrêt en continu (rétroaction si l'agent est en CMO)

Compléments ou précisions éventuelles sur la demande :

Renseignements concernant le médecin du travail

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 conseil 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 :

au :

durée :

du :

au :

durée :

du :

au :

durée :

TOTAL : mois

Congés grave de maladie

du :

au :

durée :

du :

au :

durée :

du :

au :

durée :

TOTAL : mois

Temps partiels pour raison thérapeutique

du :

au :

durée :

du :

au :

durée :

du :

au :

durée :

TOTAL : mois

Disponibilité d'office pour raison santé / Congés sans traitement

du :

au :

durée :

du :

au :

durée :

du :

au :

durée :

TOTAL : mois

Fait à :

Le :

Cachet de l'administration

Signature du chef de service