****

**Partie réservée au CM :**

**Dossier reçu le :**

**□ complet □incomplet**

**FORMULAIRE DE SAISINE DU CONSEIL MÉDICAL**

***Le dossier complet, sous pli confidentiel, est à envoyer à CDG 03 – CONSEIL MEDICAL – Maison des Communes – 4 Rue Marie Laurencin – 03400 YZEURE –*** [***conseil.medical@cdg03.fr***](mailto:conseil.medical@cdg03.fr)

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ**

**Collectivité ou établissement :** ……….……………………………………………………………………………………….………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………

Nom et prénom de l’agent chargé du suivi du dossier : ……………………………………………………………….……………………..…..

Téléphone : …………………………………………………….…… Courriel : …………………………………………….……………………………………

**IDENTIFICATION DE L’AGENT**

Nom patronymique : ……………………………………….………………… Prénoms : ………………………………………….…………………….…

Nom d’usage : ……………………………………………………………………….. Date de naissance : ..……..…/………..…/……………….…

Numéro sécurité sociale : ………………………………………………………………………………………………………………………..……………...

Adresse :…………………………………….……………………………………………………………………………….………………………………..…………

Téléphone (si accord de l’agent) : ………………..……..……………………………………………………………………………..………..………...

Courriel (si accord de l’agent pour envoi du PV) : …………….……………………………………..……………………………..……........….

Statut de l’agent :  Stagiaire CNRACL  Titulaire CNRACL

Stagiaire IRCANTEC  Titulaire IRCANTEC  CDI  Contractuel

N° CNRACL :…………………………………………………..

Grade : …………………………………..………………….  communal  intercommunal  pluri communal

Service d’affectation : ……………………………………………………..……………………….……………………….………………………….…….…

Emploi – fonctions détaillées : ………………………………………………………….…………………………………………………………...……..

Date d’entrée dans la FPT : …..…../…….…/…….. Date d’entrée dans la collectivité : …..…../…….…./..……..

Poste actuel occupé depuis le : .…..../…….…/…..….

Durée de travail hebdomadaire :  temps complet  temps partiel : …..%  temps non complet : …..…h…....mn

RQTH

Médecin du travail chargé du suivi de l’agent (nom et adresse) : ……………………………………………………………….…………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….…

Médecin traitant en charge du suivi de l’agent (nom et adresse) : ………………………………………………………………….……...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

**Position de l’agent à ce jour :**

En activité  Reprise le …………………………

Temps partiel pour raison thérapeutique  Temps plein

Congé maladie ordinaire  Congé longue maladie  Congé grave maladie  Congé longue durée

En arrêt accident de service  En arrêt maladie professionnelle - Depuis le ….../……/…… jusqu’au ……/……/……

Fait le à ………………………………………… , le …………………………………………

Signature de l'autorité territoriale et cachet de la collectivité

**Motifs de saisine du Conseil Médical**

***Les demandes de prolongation de congé ou de réintégration doivent être faites AU MOINS 2 MOIS avant l’expiration du congé attribué***

|  |  |
| --- | --- |
| **Octroi d’une première période de** □ **CLM /** □ **CLD /** □ **CGM :**  □ sur demande de l’agent □ d’office □ fractionné  **Prolongation d’un** □ **CLM /** □ **CLD /** □ **CGM après épuisement des droits à plein traitement**  **Réintégration / Aptitude à expiration des droits à congés pour raisons de santé**  □ après 12 mois consécutifs de maladie ordinaire  □ à l’issue d’un □ CLM / □ CLD / □ CGM (fin de droits)  **Réintégration / Aptitude à l’issue d’une période de** □ **CLM /** □ **CLD**  □ fonctions qui exigent des conditions de santé particulières  □ dans le cadre d’un □ CLM / □ CLD d’office  **Octroi d’un temps partiel thérapeutique si la demande est formulée conjointement à une demande de réintégration après un congé de maladie qui nécessite l’avis du conseil médical**  **Reclassement professionnel** (*dans un autre emploi d’un autre corps ou cadre d’emploi à la suite d’une altération de l’état de santé de l’agent)*  **Disponibilité d’office pour raisons de santé / congé sans traitement (stagiaires et contractuels)**  □ Première période □ Renouvellement □ Réintégration  **En cas de contestation d’un avis médical rendu par un médecin agrée lors :**  □ d’un recrutement sur des emplois dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières  □ d’un octroi d’un congé pour raisons de santé  □ d’un renouvellement d’un congé pour raisons de santé  □ d’une réintégration à l’issue d’un congé :  □ CMO □ CGM □ CLM □ CLD □ CLM d’office □ CLD d’office □ CITIS  □ du bénéfice d’un TPT  □ d’une contre visite ou visite de contrôle règlementaire d’un agent placé en congé pour raisons de santé  **Imputabilité au service d’un accident non reconnue en raison :**  □ d’une faute personnelle  □ d’une circonstance particulière de nature à détacher l’accident du service    **Imputabilité au service d’un accident de trajet non reconnue en raison :**  □ d’un fait personnel de l’agent  □ d’une circonstance étrangère aux nécessités de la vie courante de nature à détacher l’accident de trajet du service  **Imputabilité au service d’une maladie non reconnue :**  □ Maladie contractée en service, désignée dans un tableau mais dont une ou plusieurs conditions ne sont pas remplies  □ Maladie hors tableau  **Imputabilité d’une rechute (AS/AT/MP)**  **Allocation temporaire d’invalidité (ATIACL)**  □ Demande initiale □ Révision quinquennale □ Révision à la radiation des cadres  **Retraite pour invalidité**  **Autres (à préciser en référence aux article 5 et 5-1 du décret 87-602 du 30/07/1987)**  □ Attribution d’une rente au fonctionnaire stagiaire licencié pour inaptitude physique  □ Renouvellement congé sans traitement (uniquement pour les stagiaires)  □ Congé pour infirmité de guerre  □ Autre (à préciser) : ………………………………………………………. | **A compter du**  ……/……/……  ……/……/……  ……/……/……  ……/……/……  ……/……/……  ……/……/……  ……/……/……  ……/……/……  ……/……/……  ……/……/…… |

**EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI MOTIVENT LA SAISINE**

**Circonstances et questions précises pour lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………..…………………..…..…………………………….……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

**RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISONS DE SANTÉ DEJA OBTENUS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NATURE DES CONGES** | **DATES**  **Plein traitement Demi-traitement** | |
| **Congés de maladie ordinaire obtenus (sur les 12 derniers mois pour leur durée effective)** |  |  |
| **Congés de longue maladie obtenus** |  |  |
| **Congés de longue durée obtenus** |  |  |
| **Temps partiel thérapeutique obtenus** |  |  |
| **Disponibilité d'office pour maladie obtenue** |  |  |
| **Congés de grave maladie obtenus** |  |  |
| **Congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) obtenus** |  | |

Fait à………………………………. , le…………………………..

Signature et cachet de l’autorité territoriale

**PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE DE SAISINE**

**Pour les CLM, CLD, CGM, réintégration et aptitude à expiration des droits à congés pour raison de santé ou à l’issue d’une période de CLM/CLD, temps partiel thérapeutique :**

Le certificat médical d'un médecin et toutes pièces justificatives de l'état de santé de l'agent.

*Si les éléments médicaux émanant d’un médecin praticien hospitalier sont suffisamment détaillés, le Conseil médical peut se dispenser d’avoir recours à une expertise complémentaire d’un médecin agréé pour se prononcer.*



*Ces éléments doivent être adressés directement sous pli confidentiel au secrétariat du Conseil médical.*

La demande écrite de l'agent adressée à l’autorité territoriale précisant la nature de la demande

La fiche de poste de l’agent

La copie des arrêts de travail depuis l’initial sans discontinu

**Pour le reclassement professionnel :**

Courrier de l’agent sollicitant son reclassement professionnel

Fiche de poste actuelle de l’agent

Fiche de poste envisagée pour le nouvel emploi avec un descriptif précis des tâches envisagées

Rapport du médecin du travail

**Uniquement pour les saisines relatives au congé de longue maladie/longue durée d’office**

Le rapport du médecin du travail

Le rapport motivé du supérieur hiérarchique

**Pour l’accident de service, de trajet ou maladie professionnelle non reconnus imputables, rechute (si non reconnue par l’autorité), prise en charge des frais médicaux ou/et prolongation des arrêts de travail (en cas de contestation) :**

Demande de l’agent

Courrier de la collectivité précisant les raisons pour lesquelles l’imputabilité n’est pas reconnue ainsi que les questions précises à poser à la commission de réforme

Déclaration d’accident de service, de trajet ou de maladie professionnelle

Rapport du médecin de prévention (obligatoire pour la maladie professionnelle)

Enquête administrative / rapport hiérarchique

Certificat médical initial

Autres certificats médicaux liés à l’accident ou la maladie (prolongation arrêt, soins, consolidation, comptes rendus d’hospitalisation, de médecins spécialistes, comptes rendus radio, IRM, scanner …)

Fiche de poste de l’agent

Compte rendu de l’expertise du médecin agréé, transmis sous pli confidentiel cacheté

**Pour la consolidation avec demande d’allocation temporaire invalidité :**

Demande de l’agent

Rapport médical ATIACL complété par le médecin agréé ainsi que le compte rendu de l’expertise, sous pli confidentiel cacheté

Fiche de poste de l’agent

Certificat final de consolidation

**Pour la retraite pour invalidité et majoration tierce personne le cas échéant :**

Demande de l’agent (sauf en cas d’une demande de retraite d’office)

Rapport médical AF3 dûment complété par le médecin agréé

Compte rendu d’expertise du médecin agréé, sous pli confidentiel cacheté

Fiche de poste

Attestation de reclassement dûment complétée, si l’agent est inapte de façon absolue et définitive à ses fonctions

PV du conseil médical statuant sur l’inaptitude définitive aux fonctions

Formulaire Tierce Personne le cas échéant.

**ATTENTION : TOUS LES DOSSIERS SOUMIS AU CONSEIL MEDICAL DÉPARTEMENTAL DOIVENT ETRE COMPLETS**