****

**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***

**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**