**Modèle de courrier de saisine par l’agent**

A ……………….………, le ……………………..

Nom et prénom de l’agent

Adresse

**Monsieur le Maire (ou Président)**

Adresse collectivité employeur

Objet : **Demande de ………………………………..**

Monsieur le Maire (ou Président),

J’ai l’honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais au Conseil Médical Départemental, afin que cette instance émette un avis sur *(cocher la case correspondante) :*

Octroi d’un congé de longue maladie  Renouvellement du congé de longue maladie

Octroi d’un congé de grave maladie  Renouvellement du congé de grave maladie

Octroi d’un congé de longue durée  Renouvellement du congé de longue durée

Réintégration à l’expiration des droits à congé maladie ordinaire / longue maladie / grave maladie / longue durée

Réintégration à l'issue d'un congé de longue maladie/grave maladie ou de longue durée lorsque le bénéficiaire de ce congé exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières (fixés par décret)

Réintégration à l’expiration des droits à congé longue maladie ou longue durée d’office

Mise en disponibilité d'office pour raison de santé

Renouvellement de la disponibilité d’office pour raison de santé

Réintégration à l’issue de la disponibilité pour raison de santé

Reclassement dans un autre emploi à la suite d'une altération de l'état de santé

Temps partiel thérapeutique si avis discordant du médecin et du médecin agréé

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 ou renouvellement d’un congé pour raisons de santé, réintégration à l’issue de ces congés et bénéfice d’un temps partiel pour raison thérapeutique

□ d’une contre visite ou visite de contrôle règlementaire d’un agent en CMO, CGM, CLM, CLD, CITIS, CLM ou CLM d’office

Imputabilité au service d’un accident non reconnue

Imputabilité au service d’un accident de trajet non reconnue

Imputabilité au service d’une maladie non reconnue

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

□ Réintégration après disponibilité pour convenances personnelles

□ Autre (à préciser) : ……………………………………………………….

A compter du …………/……………/…………

Ou pour la période du ………/…………/…….….. au …………/…………/……….

Vous trouverez ci-joint le certificat médical de mon médecin (accompagné d’un rapport sous pli confidentiel le cas échéant), ainsi que toute pièce utile à l’examen de mon dossier.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de croire, Monsieur le Maire (ou Monsieur le Président), à l’assurance de ma considération la meilleure.

Signature de l’agent,

**PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE (non exhaustives)**

Certificat médical du médecin spécifiant que l’agent est susceptible de bénéficier du congé demandé

Rapport du médecin avec ses observations et les pièces justificatives si nécessaire (sous pli confidentiel)

Tous certificats médicaux utiles au traitement de la demande (arrêt initial, prolongation, consolidation, …)