



FORMULAIRE DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL

AGENT TITULAIRE AFFILIE A L'IRCANTEC (-28h* hebdomadaires)

PRÉVOIR UN DÉLAI D'ENVOI SUFFISANT AFIN D'ASSURER AU MIEUX L'INSTRUCTION DU DOSSIER

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ

Collectivité à l'origine de la demande :

Adresse :

Dossier suivi par :

Tél. : Fax. :

Courriel :

IDENTIFICATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Nom du médecin du travail :

Adresse :

Tél. : Fax. :

Courriel :

IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM et Prénom :

Date de naissance : Numéro de sécurité sociale :

Adresse de l'agent (ou du représentant légal, le cas échéant) :
.....

Courriel :

Tél. (portable de préférence) :

SITUATION ADMINISTRATIVE

Date d'entrée dans la collectivité :

Date de stagiairisation : Date de titularisation :

Grade :

Service d'affectation :

Lieu(x) d'affectation :

Temps de travail hebdomadaire :heure(s)minute(s)

Position administrative :

En activité :

En arrêt continu depuis le :

En détachement depuis le :

Nom de l'administration d'origine et département d'exercice des fonctions à préciser :

.....

En disponibilité (hors raison de santé) depuis le :

Autre position (ex : congé parental...) : A préciser..... depuis le :

L'agent a-t-il d'autres employeurs (y compris dans le privé) ? oui non

Nom de l'employeur	Fonctions	Nb d'heures hebdomadaires

* Sauf pour la filière culturelle – secteur de l'enseignement artistique

FONCTIONS ACTUELLES EXERCÉES PAR L'AGENT

Fiche de poste jointe : **oui** **non** **Sinon**, compléter le tableau ci-dessous :

INTITULÉ DU POSTE :		
.....		
DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ	FRÉQUENCE	MATÉRIELS ET PRODUITS UTILISÉS

LISTE DES CONGES/DISPOSITIFS OBTENUS POUR RAISON DE SANTE

Etat récapitulatif des congés et dispositifs obtenus pour raison de santé joint : **oui** **non**

Sinon, compléter le tableau ci-dessous en indiquant **par ordre chronologique** :

- Les congés de maladie ordinaire sur les 12 derniers mois,
- Les arrêts de travail suite à :
 - un accident reconnu imputable au service (préciser la date de l'accident),
 - une maladie reconnue imputable au service (préciser la date de la reconnaissance),
- Les congés de grave maladie, de longue maladie ou de longue durée,
- Les périodes de temps partiel pour raison thérapeutique,
- Les disponibilités d'office / congés sans traitement et/ou sans rémunération.

} sur l'ensemble de la carrière

TYPE DE DISPOSITIF	DEBUT	FIN

INSTANCE SAISIE

CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL

MOTIFS DE SAISINE :

Congé de maladie ordinaire (CMO)

- Contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé* formulée par :
 - l'agent
 - l'autorité territoriale
- Aptitude/réintégration à l'expiration des droits

Congé de grave maladie (CGM)

- Attribution
 - sur demande de l'agent
 - fractionné
 - d'office
- Contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé* relatif au renouvellement, formulée par :
 - l'agent
 - l'autorité territoriale
- Aptitude/réintégration à l'expiration des droits

Disponibilité d'office pour raison de santé (DO)

- Attribution
- Renouvellement
- Aptitude/réintégration à l'issue d'une DO

Aptitude à l'exercice des fonctions

- Changement d'affectation prévu à compter du
(uniquement lorsque le conseil médical départemental doit être saisi de la réintégration)
- Reclassement pour raison de santé dans un autre grade ou cadre d'emplois, prévu à compter du
(uniquement si l'agent est en arrêt de travail ou en détachement pour raison de santé)
- Evaluation de l'aptitude au cours d'un arrêt de travail

Temps partiel pour raison thérapeutique (TPT)

- Contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé* formulée par :
 - l'agent
 - l'autorité territoriale

Autres situations de contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé*

- formulée par :
 - l'agent
 - l'autorité territoriale
- concernant :
 - Réintégration suite à une disponibilité (hors disponibilité pour raison de santé) lorsque l'agent exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières
 - Octroi d'un congé maladie pour effectuer une cure thermale
 - Prolongation d'activité au-delà de la limite d'âge fixée par le cadre d'emplois
 - Admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières

Autre cas (à préciser en se référant au tableau de synthèse des différents motifs de saisine disponible sur le site internet cdg37.fr) :

.....
.....

CONSEIL MEDICAL SUPERIEUR

RECOURS à l'encontre de l'avis émis par la formation restreinte du conseil médical départemental en date du

.....

- Formulé par l'agent
- Formulé par l'autorité territoriale

* Mandaté par l'autorité territoriale

OBSERVATIONS

(éléments objectifs complémentaires que l'autorité territoriale souhaite porter à la connaissance de l'instance saisie)

Fait à Le

**Signature de l'autorité territoriale
Cachet de la collectivité**



**Ce document est communicable à l'agent concerné,
s'il formule une demande écrite pour l'obtenir.**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé destiné au suivi des dossiers par le service conseil médical départemental du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale d'Indre-et-Loire / CDG 37.
Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès aux informations qui vous concernent, pour connaître et exercer vos droits, vous pouvez consulter notre « Politique de Protection des Données » dans la rubrique « Données personnelles » des « Mentions légales » du site Internet www.cdg37.fr