



# FORMULAIRE DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL

**AGENT STAGIAIRE 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 stagiarisation : .....

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 :

.....

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

#### Congé sans traitement pour raison de santé (CST)

- Attribution
- Renouvellement
- Aptitude/réintégration à l'issue d'un CST

#### 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 :
  - 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](http://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](http://www.cdg37.fr)