**Formulaire de Saisine du Conseil Médical  
Formation Restreinte**

**Nom de la collectivité** :

Affaire suivie par :      Téléphone :

Adresse :      Courriel :

**identite de l’agent**

Madame/Monsieur

Nom :  Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date de naissance :

Adresse mail agent :

**Un mail est fortement recommandé depuis le décret n°2022-350 du 11-03-2022 afin de notifier l’état du dossier à l’agent.**

**situation administrative de L’AGENT :**

Date d’embauche :

Grade :

Fonctions exercées par l’agent sur son poste actuel :

⮱ **Temps de travail de l’agent :**

Temps complet (35h) Temps non complet :      /35h



*Si l’agent en bénéficie :*

Temps partiel sur autorisation Temps partiel de droit



⮱ **Statut de l’agent :**

***Pour les agents fonctionnaires***

**Qualité** : Titulaire Stagiaire



**Régime** : Ircantec CNRACL



**Position** : Activité Disponibilité /congé sans traitement Détachement



***Pour les agents non titulaires :***

CDD CDI



Si agent est en CDD :

*Indiquer la date de début et de fin du contrat à durée déterminée en cours* :

Autres employeurs publics ou privés (préciser le nombre d’heures et les fonctions) :

**IDENTIFICATION DU MEDECIN DU TRAVAIL**

**Nom et coordonnées** du médecin de prévention chargé du suivi médical de l’agent concerné :

**/!\ La non communication et saisie sur AGIRHE de cette information engage la responsabilité de la collectivité.**

**IDENTIFICATION DU MEDECIN**

**Nom et coordonnées** du médecin de l’agent :

**Attention : indiquer avec précisions les dates sur lesquelles porte votre demande**

* *Pour les fonctionnaires d’Etat détachés, le conseil médical compétent, quel que soit l’emploi occupé, est celui siégeant auprès de l’administration d’origine (article 16 du décret n° 86-442 du 16 mars 1986).*
* ***Le conseil médical peut être interrogé sur plusieurs thématiques de la liste présentée ci-dessous. Nous vous invitons à cocher les cas correspondants à votre ou vos demandes. Nous vous rappelons qu’avant de saisir le conseil médical, l’employeur doit s’assurer du bien-fondé de la demande.***

**\_\_\_\_\_\_\_**

**SAISINES OBLIGATOIRES**

⮱ **CMO**

Réintégration à l’expiration des droits statutaires au congé maladie ordinaires



⮱ **CGM**

1er Octroi (merci de faire la précision si la demande est un congé fractionné)



Renouvellement du congé après épuisement de la période rémunéré à plein traitement (passage à demi traitement, puis l’ensemble des renouvellements suivants)



Réintégration à l’issue d’un CGM lorsque le bénéficiaire de ce congé exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières (décret 91-298 du 20/03/1991)



Réintégration à l’expiration des droits statutaires au CGM



⮱ **CLM CLD**

1er Octroi (merci de faire la précision si la demande est un congé fractionné)



Renouvellement du congé après épuisement de la période rémunéré à plein traitement (passage à demi traitement, puis l’ensemble des renouvellements suivants)



Réintégration à l’issue d’un CLM ou CLD lorsque le bénéficiaire de ce congé exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières (article 5 I, 4° du décret 87-602)



Réintégration à l’expiration des droits statutaires au CLM ou CLD



⮱ **CLM CLD d’office**

1er Octroi



Renouvellement du congé après épuisement de la période rémunéré à plein traitement (passage à demi traitement)



Réintégration à l’expiration des droits statutaires au CLM ou CLD



⮱  **Inaptitude temporaire, épuisement des droits statutaires à congés du fonctionnaire**

**Demande de placement en disponibilité à épuisement des droits statutaires à congé maladie**

Octroi Renouvellement Réintégration



**Demande de reclassement pour inaptitude physique (si aménagement impossible)**

Octroi Renouvellement Réintégration



⮱ **Inaptitude totale et définitive du fonctionnaire**

Inaptitude totale et définitive à l’exercice du poste exercées par l’agent (prévoir changement d’affectation)



Inaptitude totale et définitive à l’exercice aux fonctions du grade exercées par l’agent



* Demande de PPR
* Demande de reclassement

Inaptitude totale et définitive à l’exercice de toutes fonctions (prévoir radiation des cadres)



⮱ **Inaptitude du stagiaire**

L’octroi et le renouvellement d’un congé sans traitement du fonctionnaire stagiaire (art 10 du décret 92-1194)



Sur l'impossibilité définitive et absolue du fonctionnaire stagiaire de reprendre ses fonctions à l'expiration des droits à congé avec traitement ou d'une période de congé sans traitement accordés pour raisons de santé (art 11 du décret 92-1194)



**Inaptitude du contractuel**

Placement de l'agent contractuel en congé sans traitement



* SAISINES FACULTATIVES

**SAISINES FACULTATIVES**

**(Contestation de l’avis d’un médecin agréé)**

Consultation de la formation restreinte uniquement en cas de contestation d’un avis médical rendu par un médecin agréé (art 5 II du décret 87-602) :

Lors de l’admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières (art 5 II, 1° du décret 87-602) ;



Maintien en activité au-delà de la limite d’âge (art. 4 du décret n°2009-1744 du 30 décembre 2009)



Lors de l’octroi, le renouvellement d’un congé pour raison de santé, la réintégration à l’issue de ces congés et le bénéfice d’un temps partiel pour raison thérapeutique (art 5 II, 2° du décret n°87-602)



Lors de la visite de contrôle d’un CMO (contrôle pouvant intervenir à tout moment pendant un congé maladie et au moins une fois au-delà de 6 mois consécutifs de congé de maladie) (art 15 du décret n°87-602)



Lors d’un CLM ou CLD (pendant la période à demi-traitement, examen médical par le médecin agréé au moins 1 fois par an) (art 34 du décret n°87-602)



Lors d’un CLM ou CLD d’office (expertise du médecin agréé lors du renouvellement de chaque période) (art 26 du décret n°87-602)



Lors de la visite de contrôle d’un CITIS (contrôle pouvant intervenir à tout moment pendant le CITIS et au moins une fois au-delà de 6 mois consécutifs de congé de maladie) (art 37-10 du décret n°87-602)



Réintégration à l’issue d’une période de disponibilité (art. 26 décret n°86-68 du 13 janvier 1986)



Dans le cadre de l’octroi d’un congé de maladie ordinaire pour suivre une cure thermale.



⮱ **Autres :**

Préciser la demande :



**QUESTIONS PRECISES SUR LESQUELLES L’ADMINISTRATION SOUHAITE OBTENIR UN AVIS :**

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

**Observations sur les motifs**

**Observations indicatives que vous souhaitez soumettre au conseil médical :**

**HISTORIQUE DES CONGES POUR RAISON DE SANTE PRECEDEMMENT OBTENUS PAR l’AGENT**

**Attention : indiquer avec précisions les dates**

**Date du dernier avis du comité médical (le cas échéant):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de congés** | **Dates début et fin de congés** |
| **Congé de maladie ordinaire** |  |
| **Congé de longue maladie**  **ou**  **Congé grave maladie (- de 28/35ème)**  (Sur demande de l’agent ou d’office) |  |
| **Congé de longue durée** |  |
| **Temps partiel thérapeutique**  **Ou**  **« temps partiel après avis de la CPAM »**  (Pour les agents du régime général) |  |
| **Disponibilité d’office pour inaptitude physique ou congé sans traitement** |  |
| **Autres** |  |

*Les informations recueillies par le Centre de Gestion du Calvados ont pour finalité la gestion du dossier par le secrétariat des conseils médicaux. Elles sont uniquement destinées aux agents du Centre de Gestion du Calvados en charge de leur traitement et aux médecins agréés mandatés pour le traitement des différentes étapes du dossier. Les données sont conservées pendant 90 ans depuis la date de naissance de l’agent pour le conseil médical en formation plénière et 70 ans pour le conseil médical en formation restreinte.*

*La collectivité est tenue d’informer l’agent que, Conformément à la loi « Informatique et Libertés » de 1978 modifiée et à la réglementation européenne en vigueur, il dispose du droit d’accès, de rectification et de portabilité des données le concernant. Pour exercer ces droits ou pour toute question, il peut contacter le délégué à la protection des données à cette adresse :* [*rgpd@cdg14.fr*](mailto:rgpd@cdg14.fr)

|  |
| --- |
| **Dossier de saisine à transmettre par voie postale au Centre de Gestion, merci de bien vouloir vous assurer de la régularité des informations communiquées qui relèvent de votre entière responsabilité :**  Fait à  Le      ,  Signature et cachet de l’autorité territoriale compétente : |

**ANNEXE : PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE**

Pour toute demande :

⮱ Lettre de demande de l’agent adressée à l’autorité territoriale précisant la nature de sa demande,

⮱ Certificat médical d’un médecin spécifiant que l’agent est susceptible de bénéficier du congé demandé,

⮱ Résumé des observations médicales et pièces justificatives fournies par le ou les médecins transmis sous pli confidentiel,

⮱ Copie des arrêts de travail,

**⮱ Copie des arrêtés de**(le cas échéant):

* **mise et/ou renouvellement de congé de maladie,**
* **mise et/ou renouvellement en disponibilité d’office,**
* **mise et/ou renouvellement du temps partiel thérapeutique,**

⮱ Copie des documents établis par la CPAM (le cas échéant).

A ces pièces, **doivent être ajoutées les pièces suivantes** :

⇨Pour un **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 de médecine professionnelle et préventive.

⇨Pour un **congé de longue maladie d’office :**

⮱Rapport du supérieur hiérarchique justifiant que l’état de santé de l’agent paraît nécessiter l’octroi d’un congé de longue maladie,

⮱Rapport du médecin de médecine professionnelle et préventive.

Pour procéder à l’examen de la situation de l’agent, le Conseil médical peut demander une expertise faîte par un médecin agréé. Cette expertise est notamment obligatoire préalablement à l’examen, par le conseil médical, de la demande d’octroi d’un congé de longue maladie ou de longue durée.

⇨ **Pour une saisine facultative (contestation de l’avis du médecin agréé)**

* Situation administrative de l’agent
* Fiche de poste
* Historique
* Lettre de mission du médecin agréé
* Avis du médecin agréé
* Courrier de contestation de l’avis