***FORMULAIRE DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL***

***EN FORMATION RESTREINTE***

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE**

**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 DE PREVENTION**

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

**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 correspondant 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.*

⮱ **SAISINE OBLIGATOIRE : Octroi ou renouvellement de congé de maladie :**

1. **(Fonctionnaires stagiaires et titulaires CNRACL)**

Congé de longue maladie : Octroi  Fin plein traitement  : à compter du

Congé de longue maladie d’office : Octroi  Renouvellement  : à compter du

Congé de longue durée : Octroi  Fin plein traitement  : à compter du

1. **(Fonctionnaires stagiaires et titulaires régime général et agents non titulaires)**

Congé de grave maladie : Octroi  Fin plein traitement  : à compter du

⮱ **SAISINE OBLIGATOIRE : Aptitude aux fonctions et réintégration :**

Aptitude à la reprise des fonctions : à compter du

Réintégration après 12 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire : à compter du

Réintégration à l’issue d’un congé de longue maladie (d’office) ou de longue durée : à compter du

Réintégration après congé de grave maladie : à compter du

⮱ **SAISINE FACULTATIVE : Temps partiel thérapeutique :**

***L’avis du conseil médical n’est requis que pour les seuls cas où les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants.***

Temps partiel thérapeutique : Octroi  Renouvellement : à compter du

⮱ **SAISINE OBLIGATOIRE : Inaptitude temporaire, épuisement des droits statutaires à congés :**

1. Fonctionnaires titulaires :

Mise en disponibilité d’office pour inaptitude physique :

Octroi  Renouvellement   : à compter du

1. Fonctionnaires stagiaires et agents non titulaires

Mise en congé sans traitement: Octroi  Renouvellement : à compter du

⮱ **SAISINE OBLIGATOIRE : Inaptitude totale et définitive**

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 (prévoir reclassement)

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

⮱ **SAISINE OBLIGATOIRE : Reclassement pour inaptitude physique :**

Reclassement pour inaptitude physique, à compter du

⮱ **SAISINE FACULTATIVE : Contestation de l’avis d’un médecin agréé :**

Pour l’admission à un emploi public,

Dans le cadre d’une contre-visite effectuée pour l’octroi ou le renouvellement d’un congé,

Dans le cadre d’une demande de prolongation d’activité pour les agents de la catégorie active,

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 :**

...............................................................................................................

**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*

|  |
| --- |
| **Dossier de saisine à transmettre par voie postale au Centre de Gestion :** 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.