



CONSEIL MÉDICAL UNIQUE

Formation restreinte

CDG 30 - 183 Chemin du Mas Coquillard 30900 Nîmes
Tel : 04 66 38 86 86 – Fax : 04 66 38 86 87 – mail : cmu.restreint@cdg30.fr
www.cdg30.fr

FORMULAIRE DE SAISINE DE LA COLLECTIVITÉ

EMPLOYEUR

COLLECTIVITÉ / ÉTABLISSEMENT :

Adresse :

Personne chargée du dossier :

Tél : Fax :

E-mail :

FACTURATION CHORUS : (renseignement obligatoire, à défaut rejet de la saisine)

SIRET :

CODE SERVICE :(le cas échéant)

N° COMMANDE :

AGENT

NOM :PRÉNOM

Date de naissance :NIR :

Adresse :

Tél : **Mail obligatoire** :

Filière : Grade :

Fonctions : Catégorie : A B C

QUALITÉ : Stagiaire Titulaire Titulaire IRCANTEC Contractuel

depuis le.....

Temps de travail : Temps complet Temps non complet (...../35) Temps partiel (.....%)

agent intercommunal, indiquer les autre(s) employeur(s).....

MÉDECIN DE PRÉVENTION

Organisme : Nom du médecin :

Adresse : Tél :

MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin :

Adresse : Tél :

HISTORIQUE DES CONGÉS DE L'AGENT : (MO, CLM, CLD, GRAVE MALADIE, TPT, DISPO D'OFFICE)

Nature du congé	Survenu le	Arrêt du....	...au...

OBJET DE LA SAISINE :

LA DEMANDE DE RENOUELEMENT DOIT INTERVENIR AU MOINS 2 MOIS AVANT L'EXPIRATION DU CONGÉ DÉJÀ ATTRIBUÉ

Demande d'avis sur :

- Octroi d'un **Congé de Longue Maladie (CLM)** à compter du.....
- Prolongation ou renouvellement d'un **Congé de Longue Maladie (CLM) à expiration des droits à rémunération à plein traitement**, soit à compter du.....

- Octroi d'un **Congé de Longue Durée (CLD)** à compter du.....
- Prolongation ou renouvellement d'un **Congé de Longue Durée (CLD) à expiration des droits à rémunération à plein traitement**, soit à compter du.....

- Octroi d'un **Congé de Grave Maladie** (agent IRCANTEC) à compter du.....
- Prolongation d'un **Congé de Grave Maladie** à compter du.....
- Renouvellement d'un **Congé de Grave Maladie** à compter du.....

- Octroi d'un **congé d'office** à compter du.....
 - CLM
 - CLD

- Octroi d'un **Congé de Longue Maladie (CLM) fractionné** à compter du.....
- Prolongation ou renouvellement d'un **Congé de Longue Maladie (CLM) fractionné à expiration des droits à rémunération à plein traitement**, soit à compter du.....

- Mise en **disponibilité d'office**, après épuisement des droits à congés maladie à compter du.....
- Prolongation d'une **disponibilité d'office** à compter du.....

- Réintégration** à compter du.....
 - Après 12 mois consécutifs de congés de maladie ordinaire
 - À expiration d'un congé de : longue maladie longue durée
 - grave maladie
 - À l'issue d'une période de disponibilité d'office pour raison de santé

- Reclassement professionnel** à compter du.....

- Contestation** d'un avis médical rendu par un médecin agréé sur:
 - La visite médicale au-delà de 6 mois d'arrêt consécutif
 - Octroi ou renouvellement d'un **Temps Partiel Thérapeutique (TPT)** à compter du.....
 - Prolongation ou renouvellement d'un : longue maladie longue durée
 - Réintégration après une période de : longue maladie longue durée

- Inaptitude physique totale et définitive :**
 - aux fonctions de.....
 - à toutes fonctions

Retraite pour invalidité d'un agent titulaire CNRACL depuis au moins 27 ans (procédure simplifiée) à compter du.....

Cure thermale

Recours Conseil Médical Supérieur

Questions complémentaires / Observations :

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

Fait à, le..... Signature et cachet de l'autorité

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- Formulaire de saisine dûment complété
- La lettre de l'agent sollicitant l'octroi ou le renouvellement du congé demandé (pour le CLM, doit intervenir avant la fin des droits à maladie ordinaire)
- Les arrêtés sur l'attribution et la prolongation du congé en cours
- Certificats médicaux relatifs à l'arrêt de travail (initial et/ou prolongation)
- Certificat Médical du médecin mentionnant que l'état de santé de l'agent est susceptible de justifier le congé demandé ou la prolongation et décrivant précisément l'état de santé de l'agent, la pathologie dont il est atteint et la durée de l'arrêt de travail prévisible, **adressé sous pli confidentiel** au conseil médical.
- Fiche de poste détaillée et actualisée, signée par l'agent et l'autorité territoriale
- Tous les documents médicaux en possession de l'agent, relatifs à la pathologie, et **adressés sous pli confidentiel** au conseil médical (bulletins hospitalisation, résultats de laboratoire, radiologies...)

Documents complémentaires :

- POUR LE CLM FRACTIONNÉ

- Etat récapitulatif précis du nombre de jours d'arrêt déjà obtenus pour la pathologie au titre du CLM fractionné

- POUR LE RECLASSEMENT

- Lettre de l'agent sollicitant son reclassement professionnel
- Avis écrit du médecin de prévention sur le reclassement envisagé
- Description détaillée du poste de travail actuel de l'agent
- Description détaillée du nouvel emploi envisagé

- POUR LA RETRAITE INVALIDITÉ

- L'attestation de reclassement (téléchargeable sur le site www.cdc.retraites.fr)
- Le formulaire AF3 uniquement complété de la 1^{ère} page

- POUR LE CONGÉ MALADIE D'OFFICE

- Rapport hiérarchique justifiant que l'état de santé de l'agent nécessite le placement en congé d'office
- Rapport écrit du médecin de prévention, sous pli confidentiel, exprimant son avis sur la nécessité d'un congé d'office et sur la nature du congé le plus approprié.