

## FORMULAIRE DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL

**Important : A envoyer pour toute saisine**

(\* Les éléments sont obligatoirement à renseigner afin de permettre la gestion du dossier

### Identification de la collectivité

Collectivité ou établissement : .....

Adresse : .....

Courriel : .....

Téléphone et télécopie : .....

Nom de la personne chargée du suivi du dossier : .....

Nom et adresse du médecin de prévention ainsi que son mail chargé du suivi médical de l'agent  
\* : .....

### Identification de l'agent

Nom patronymique : .....

Nom marital : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

N° de téléphone \* : .....

Adresse personnelle \* : .....

Adresse mail de l'agent \* : .....

### Situation administrative

Grade ou emploi : ..... Filière : .....

Fonctions détaillées : ..... catégorie : A  B  C

Statut de l'agent :  Stagiaire  Titulaire (1)  Non Titulaire

Nombre d'heures hebdomadaires :  Temps complet

Temps non complet (1) : ----heures----mn

Date d'entrée dans la Fonction Publique Territoriale : .....

(1) (cocher la case correspondante)

Nom médecin traitant \* : Adresse : ..... Tel : .....

Date d'affiliation à la CNRACL : .....

Autres employeurs : ..... nombre d'heures : .....

Fonctions :

## Relevés des congés pour raison de santé déjà obtenus

Date 1<sup>er</sup> jour en congé de maladie ordinaire :

<i><b>TYPE DE CONGÉS</b></i>	<i><b>DATES</b></i>
Congés de maladie ordinaire <b>obtenus</b> (sur les douze derniers mois pour leur durée effective)	..... ..... .....
Congés de longue maladie obtenus	..... ..... .....
Congés de longue durée obtenus	..... ..... .....
Temps partiel thérapeutique obtenu	..... ..... .....
Disponibilité d'office pour maladie obtenue	..... ..... .....
Congés de grave maladie obtenus	..... ..... .....
Relevé des congés longue maladie, longue durée, grave maladie, mi-temps thérapeutique obtenus au cours de la carrière de l'agent	..... ..... .....
Dernier avis du conseil médical	Formation : <input type="checkbox"/> restreinte <input type="checkbox"/> plénière Date : ..... Avis : .....
P.P.R reclassement	Du ----- Au -----

## Objet de la saisine du conseil médical

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Octroi de la première période du CLM/CLD/CGM<br><input type="checkbox"/> Prolongation du CLM/CLD/CGM à épuisement des droits à plein traitement<br><input type="checkbox"/> Réintégration à l'expiration des droits du CMO/CLM/CLD/CGM<br><input type="checkbox"/> Réintégration à l'expiration d'une période de CLM/CLD accordée d'office (ou au fonctionnaire soumis aux conditions de santé particulière)<br><input type="checkbox"/> Octroi, prolongation et réintégration suite à la disponibilité d'office<br><input type="checkbox"/> reclassement |
| <input type="checkbox"/> Contestation de l'avis du médecin agréé en date du ----- dans le cadre de l'octroi et renouvellement des congés maladie<br><input type="checkbox"/> Contestation de l'avis du médecin agréé en date du ----- dans le cadre de gestion du temps partiel thérapeutique<br><input type="checkbox"/> Contestation de l'avis du médecin agréé en date du ----- dans le cadre du contrôle   |

du CMO/CLM/CLD

Contestation de l'avis du médecin agréé en date du ----- relative à la prise en charge des arrêts et soins imputables au service (CITIS)

Imputabilité au service d'un accident de service/ accident de trajet en date du -----

Imputabilité au service d'une maladie (éventuellement professionnelle) en date du -----

Imputabilité de la rechute à l'accident/maladie en date du----- reconnus imputables

Retraite pour invalidité

allocation temporaire d'invalidité –Ati (octroi, révision, contestations du taux proposé par un médecin agréé dans l'expertise du -----

Autres (à préciser en référence à l'article 5 et 5-1 du décret 87-602 du 30/07/1987) :  
-----  
-----

**Exposé des circonstances de la demande**

-----  
-----  
-----

**Questions précises sur lesquelles l'autorité territoriale souhaite obtenir un avis :**

-----  
-----  
-----

**LES MODALITÉS DE RECOURS**

En cas de contestation de l'agent de la décision administrative prise à la suite de l'avis du conseil médical, toute demande formulée par l'intéressé(e) doit être largement motivée et circonstanciée.

Deux situations sont à distinguer :

<b>RECOURS GRACIEUX AUPRÈS DU CONSEIL MÉDICAL</b>	<b>RECOURS AUPRÈS DU CONSEIL MÉDICAL SUPÉRIEUR</b>
<p><u>Pièces à fournir :</u></p> <p><input type="checkbox"/> saisine de la collectivité,</p> <p><input type="checkbox"/> lettre motivée de l'agent précisant l'un ou plusieurs points suivants : le déroulement et les circonstances de l'expertise, les conclusions de l'expert, l'avis du conseil médical, la décision prise par la collectivité.</p> <p><input type="checkbox"/> certificat médical actualisé.</p>	<p>Afin de réduire les délais d'instruction du dossier auprès du conseil médical supérieur, il est préférable de transmettre l'appel au conseil médical accompagné des <u>pièces suivantes</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> saisine de la collectivité,</p> <p><input type="checkbox"/> lettre motivée de l'agent précisant l'objet de la contestation auprès du conseil médical supérieur,</p> <p><input type="checkbox"/> pièces médicales.</p>

**Il convient de préciser que le conseil médical n'instruit qu'un seul recours gracieux. Ensuite, en cas de nouvelle contestation, l'instance d'appel est le conseil médical supérieur.**

*Le service instances médicales dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement le traitement des dossiers relatifs aux instances médicales.*

Les informations enregistrées sont réservées à l'usage du service concerné et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : médecins agréés des instances médicales.  
Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au service instances médicales du centre de gestion de la fonction publique territoriale de l'Hérault.

Ces données sont collectées afin d'assurer le traitement de votre dossier et uniquement réservé au traitement de celui-ci

<b>Bordereau des pièces justificatives (*)</b>	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

**Cadre réservé au secrétariat du conseil médical**

formation plénière

formation restreinte

Dossier reçu complet

Date prévisionnelle de la séance :

Fait le    /    /

A

Signature/cachet