

## FORMULAIRE DE SAISINE – Agent contractuel

**NOM ET PRENOM DE L'AGENT** .....

**MOTIF DE LA SAISINE** .....

### IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

**Collectivité :** .....

**Adresse :** .....

### Agent chargé du suivi du dossier

**Nom/Prénom :** .....

**Téléphone :** ..... **Courriel :** .....

### Médecin de prévention en charge du suivi de l'agent

**Nom/Prénom :** .....

**Téléphone :** ..... **Courriel :** .....

### Médecin traitant de l'agent

**Nom/Prénom :** .....

**Téléphone :** ..... **Courriel :** .....

### IDENTIFICATION DE L'AGENT

**Nom patronymique :** ..... **Prénom :** .....

**Nom d'usage :** .....

**Date et lieu de naissance :** le ...../...../..... à .....

**Adresse :** .....

**Téléphone :** ..... **Courriel :** .....

**Filière :** ..... **Grade :** .....

**Service d'affectation :** .....

### Statut de l'agent :

**Date de recrutement :** .....

**Type d'agent :**  communal       intercommunal       pluri communal       polyvalent

**Temps de travail hebdomadaire :**       temps complet

temps non complet : ..... heures ..... minutes

**EXPOSE DES CIRCONSTANCES QUI MOTIVENT LA SAISINE**

**Circonstances et questions précises pour lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis :**

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

**TYPE DE CONGE MALADIE DEMANDE**

**IMPORTANT LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DOIT ETRE FAITE AU MOINS 1 MOIS AVANT  
L'EXPIRATION DU CONGE DEJA ATTRIBUE**

**A compter du**

Congé de **grave maladie**  ...../...../.....  
    ☞ octroi   
    ☞ renouvellement

**Réemploi**  ...../...../.....  
    ☞ à l'issue d'un congé de grave maladie

**Aptitude ou inaptitude physique totale définitive**  ...../...../.....  
Le décret relatif aux contractuels n'impose pas la saisine du comité médical. L'employeur peut demander l'avis d'un médecin agréé.

**Observations**

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