CDG74
CENTRE DE GESTION
Partenaire de proximité
Service du Conseil médical
Tel : 04.50.09.53.72 et 04.50.09.53.73
conseil-medical@cdg74.fr

CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL
FORMATION RESTREINTE

STAGIAIRES ET TITULAIRES CNRACL

Formulaire de saisine

Identification de la collectivité ou de l'établissement employeur

Collectivité ou établissement :
.....

Adresse : .....

Nom et prénom de l'agent chargé du suivi du dossier :
.....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Médecin du travail en charge du suivi 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 (si accord de l'agent) : .....

Courriel (si accord de l'agent) : .....

Médecin traitant en charge du suivi de l'agent :

Nom/Prénom :.....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Statut de l'agent : ☐ **stagiaire CNRACL** ☐ **titulaire CNRACL**

Poste : ☐ communal ☐ intercommunal ☐ pluri communal

Filière : ..... Grade : .....

Service d'affectation : .....

Emploi : .....

Dates de nomination : stagiaire : ..... titulaire : .....

Durée travail hebdo : ☐ temps complet ☐ temps partiel : .....% ☐ temps non complet : ..... h ..... mn

Le dossier complet, sous pli confidentiel, est à envoyer à
CDG 74 - Service du Conseil médical
55 rue du Val Vert - CS 30 138 - SEYNOD -74600 ANNECY

Version 11/2022

NATURE DE LA SAISINE (cocher la ou les cases concernées)

A compter du

☐ **Octroi d'une première période de Congé de longue maladie (CLM)**
☐ sur demande de l'agent ☐ d'office ☐ fractionné ...../...../.....

☐ **Renouvellement d'un CLM après épuisement des droits à plein traitement** ...../...../.....
☐ sur demande de l'agent ☐ d'office ☐ fractionné ...../...../.....

☐ **Octroi d'une première période de Congé de de longue durée (CLD)**
☐ sur demande de l'agent ☐ d'office ☐ fractionné ...../...../.....

☐ **Renouvellement d'un CLD après épuisement des droits à plein traitement** ...../...../.....
☐ sur demande de l'agent ☐ d'office ☐ fractionné ...../...../.....

☐ **Réintégration/Aptitude à expiration des droits à congés pour raisons de santé**
☐ après 12 mois consécutifs de maladie ordinaire ...../...../.....
☐ après 3 ans de CLM (fin de droits) ☐ après 5 ans de CLD (fin de droits) ...../...../.....

☐ **Réintégration/Aptitude à l'issue d'une période de CLM / CLD**
☐ sur des fonctions qui exigent des conditions de santé particulière ...../...../.....
☐ dans le cadre d'un CLM d'office ☐ dans le cadre d'un CLD d'office ...../...../.....

☐ **Octroi d'un temps partiel thérapeutique si la demande est formulée conjointement à une demande de réintégration après un congé de maladie qui nécessite l'avis du Conseil médical** ...../...../.....

☐ **Reclassement dans un autre emploi à la suite d'une altération de l'état de santé** ...../...../.....

☐ **Activité minime dans le cadre d'un congé de maladie** ...../...../.....

☐ **Octroi d'une disponibilité d'office pour raisons de santé (DORS) ou octroi d'un congé sans traitement (stagiaire CNRACL)** ...../...../.....

☐ **Renouvellement d'une DORS ou renouvellement d'un congé sans traitement (stagiaire CNRACL)** ...../...../.....

☐ **Réintégration/Aptitude à l'issue d'une période de DORS ou d'un congé sans traitement (stagiaire CNRACL)** ...../...../.....

☐ **Avis des conclusions d'un médecin agréé**
☐ dans le cadre d'un CMO
☐ dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique

☐ **En cas de contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé lors :**
☐ d'un recrutement sur des emplois dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières
☐ d'un octroi ou renouvellement d'un congé pour raisons de santé, réintégration à l'issue de ces congés et bénéfice d'un TPT
☐ d'une contre visite ou visite de contrôle règlementaire d'un agent en CMO, CLM, CLD,CITIS

EXPOSE DES CIRCONSTANCES QUI MOTIVENT LA SAISINE
Circonstances et questions précises pour lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis

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

Date Signature de l'autorité territoriale Cachet de l'établissement

CDG74
CENTRE DE GESTION
Partenaire de proximité
Service du Conseil médical
Tel : 04.50.09.53.72 et 04.50.09.53.73
conseil-medical@cdg74.fr

CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL
FORMATION RESTREINTE

STAGIAIRES ET TITULAIRES IRCANTEC ET CONTRACTUELS
Formulaire de saisine

Identification de la collectivité ou de l'établissement employeur

Collectivité ou établissement :

.....

Adresse : .....

Nom et prénom de l'agent chargé du suivi du dossier :

.....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Médecin du travail en charge du suivi 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 (si accord de l'agent) : .....

Courriel (si accord de l'agent) : .....

Médecin traitant en charge du suivi de l'agent :

Nom/Prénom :.....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Statut de l'agent : ☐ **stagiaire IRCANTEC** ☐ **titulaire IRCANTEC** ☐ **contractuels**

Poste : ☐ communal ☐ intercommunal ☐ pluri communal

Filière : ..... Grade : .....

Service d'affectation : .....

Emploi : .....

Dates : recrutement : ..... nomination stagiaire : ..... titularisation : .....

Durée travail hebdo : ☐ temps non complet : ..... h ..... mn ☐ temps complet

Le dossier complet, sous pli confidentiel, est à envoyer à
CDG 74 - Service du Conseil médical
55 rue du Val Vert - CS 30 138 - SEYNOD -74600 ANNECY

Version 11/2022

NATURE DE LA SAISINE (cocher la ou les cases concernées)

		A compter du
☐	**Octroi d'une première période de Congé de grave maladie (CGM)** ☐ sur demande de l'agent	...../...../.....
☐	**Renouvellement d'un CGM après épuisement des droits à plein traitement**	...../...../.....
☐	**Octroi d'une disponibilité d'office pour raisons de santé (DORS)**	...../...../.....
☐	**Octroi d'un congé sans traitement (stagiaire IRCANTEC et contractuels)**	...../...../.....
☐	**Renouvellement d'une DORS**	...../...../.....
☐	**Renouvellement d'un congé sans traitement (stagiaire IRCANTEC et contractuels)**	...../...../.....
☐	**Réintégration/Aptitude à l'issue d'une période de DORS**	...../...../.....
☐	**Réintégration/Aptitude à l'issue d'une période de congé sans traitement (stagiaire IRCANTEC et contractuels)**	...../...../.....
☐	**Réintégration/Aptitude à expiration des droits à congés pour raisons de santé** ☐ après 12 mois consécutifs de maladie ordinaire ☐ après 3 ans de CGM (fin de droits)	 ...../...../..... ...../...../.....
☐	**Réintégration/Aptitude à l'issue d'une période de CGM** sur des fonctions qui exigent des conditions de santé particulière	...../...../.....
☐	**Reclassement dans un autre emploi à la suite d'une altération de l'état de santé**	...../...../.....
☐	**Activité minime dans le cadre d'un congé de maladie**	...../...../.....
☐	**En cas de contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé lors :** ☐ d'un recrutement sur des emplois dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières ☐ d'un octroi ou renouvellement d'un congé pour raisons de santé, réintégration à l'issue de ces congés ☐ d'une contre visite ou visite de contrôle règlementaire d'un agent en CMO, CGM, CITIS	

EXPOSE DES CIRCONSTANCES QUI MOTIVENT LA SAISINE

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

.....

.....

.....

.....

.....

Date Signature de l'autorité territoriale Cachet de l'établissement