

**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
44 Rue du Goléron -74370 ANNECY**

Version 01/2025

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 (fin de droits)/...../.....
 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 minimale** 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** (stagiaires 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 réglementaire d'un agent en CMO, CLM, CLD, CITIS
 d'une infirmité ou maladie incurable du fonctionnaire ou de son conjoint le plaçant dans l'impossibilité d'exercer une quelconque profession
 d'une obligation de recours à tierce personne
 d'une infirmité permanente d'un orphelin le mettant dans l'impossibilité de gagner sa vie

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

**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
44 Rue du Goléron - 74370 ANNECY**

Version 05/2026

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

IRCANTEC

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

CONTRACTUEL

- | | A compter du |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Octroi d'une première période de Congé de grave maladie (CGM) <input type="checkbox"/> sur demande de l'agent |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Renouvellement d'un CGM après épuisement des droits à plein traitement |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Réintégration/Aptitude à expiration des droits à congés pour raisons de santé <input type="checkbox"/> après 3 ans de CGM (fin de droits) |/...../..... |

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