

CERTIFICAT ADMINISTRATIF

A compléter par le Médecin

**DANS LE CADRE DU RENOUELEMENT D'UN CONGE DE
LONGUE MALADIE / LONGUE DUREE / GRAVE MALADIE
ET/OU D'UNE REPRISE**

Ce document ne doit pas comporter de renseignements médicaux

Nom, nom de jeune fille, prénom : _____

Date de naissance : _____

Fonction : _____

Collectivité : _____

Je soussigné(e), Docteur _____

➤ atteste que l'agent souffre toujours de la pathologie ayant ouvert droit à un

- ☐ Congé de longue maladie
- ☐ Congé de longue durée
- ☐ Congé de grave maladie

et nécessite la poursuite de ce congé pour la période du _____ au _____
(période de 1 à 6 mois maximum)

➤ atteste que l'agent pourra reprendre ses fonctions à compter du _____

- ☐ A temps complet
- ☐ A temps partiel thérapeutique
- ☐ Octroi
- ☐ Renouvellement

Quotité _____ %. Quelle durée ? _____

Un aménagement de poste doit-il être envisagé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lequel : _____

Un changement de poste doit-il être envisagé ? ☐ Oui ☐ Non

Observations : _____

A _____, le _____
(Signature du médecin et cachet)