**Lettre de saisine initiale de la collectivité**

Lieu, le.............................

Monsieur Le Président

du Centre de Gestion de la

Charente-Maritime

**Secrétariat du Conseil Médical (Formation restreinte)**

85, Boulevard de la République

CS 50002

17 076 LA ROCHELLE CEDEX 9

Affaire suivie par : *(nom, téléphone, mail)*

……………………………………………………………….

……………………………………………………………….

……………………………………………………………….

Dossier de M. /Mme *(Nom et prénom de l’agent)*

P.J :………………… ………………………………………

……………………………………………………………….

……………………………………………………………….

……………………………………………………………….

……………………………………………………………….

Monsieur le Président,

J’ai l’honneur de vous transmettre le dossier de :

Mme/M………………………………………………………………………………………………………………………………

Né(e) le

Emploi/Grade

afin que le Conseil Médical (Formation restreinte) se prononce sur: ***(cocher la case ou les cases***. ***correspondante(s) à la demande) :***

❑ Le congé de longue maladie (CLM)

* Octroi
* Renouvellement au-delà d’un an de congé

****❑ Le congé de longue durée (CLD)

* Octroi
* Renouvellement au-delà de 3 ans de congé

❑ Le congé de grave maladie (CGM)

* Octroi
* Renouvellement au-delà d’un an de congé

❑ Le congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée **d’office**

* Octroi
* Renouvellement au-delà d’un an de congé

❑ La disponibilité d’office pour raison de santé

* Octroi
* Renouvellement

❑ Le temps partiel thérapeutique **(après maladie ordinaire de 12 mois, CLM, CLD ou CGM ou en cas de contestation suite à avis discordants)**.

* Octroi
* Renouvellement

❑ L’aptitude à la reprise

* après 12 mois consécutifs de congé maladie ordinaire,
* à l’issue des droits statutaires à un congé de longue maladie, de longue durée, ou d’un congé grave maladie (rayer la mention inutile),
* à l’issue des droits statutaires à un congé de longue maladie ou de longue durée d’office (rayer la mention inutile),
* à l’issue d’une période de disponibilité d’office

❑ L’aptitude ou l’inaptitude physique absolue et définitive

* aux fonctions de l’agent
* à toutes fonctions du grade
* à toutes fonctions.

❑ Le reclassement dans un autre emploi suite à la modification de l’état physique de l’agent

❑Autres cas : ………………………………………………………………………………............

En Vous trouverez, ci-joint, le formulaire type de saisine sous pli confidentiel ainsi que les pièces médicales constitutives du dossier.

Je vous prie d’agréer, Monsieur le Président, l’expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Maire (Le Président),

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Président du Centre de Gestion**dans le cadre du secrétariat du conseil médical.*

*Les données collectées seront communiquées aux seules personnes en charge du secrétariat du* ***conseil médical.***

*Les données sont conservées pendant* ***3 ans à compter de leur recueil****.*

*Vos agents peuvent accéder aux données les concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer leur droit à la limitation du traitement de leurs données.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de leurs données dans ce dispositif, ils peuvent contacter le délégué à la protection des données* ***:*** [***dpd@cdg17.fr***](mailto:dpd@cdg17.fr)

*S’ils estiment, après nous avoir contactés, que leurs droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, ils pourront adresser une réclamation à la CNIL.*

**FORMULAIRE TYPE DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL**

**(FORMATION RESTREINTE)**

**DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS DE LA**

**FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE**

***DOSSIER A TRANSMETTRE :***

***Centre de Gestion FPT 17***

***Conseil médical (Formation restreinte)***

***85 Boulevard de la République***

***CS 50002***

***17 076 LA ROCHELLE Cedex 9***

***I - IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ***

**COLLECTIVITÉ / ÉTABLISSEMENT (**à l’initiative de la demande si l’agent est intercommunal oupluri communal): ………………………………………………………………………...............................................................

**Adresse** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nom de l’interlocuteur référent**…………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

@ :…………………………………………………………………………………………………………………..

Tel :………………………………………………….. Fax :……………………………………………………….

Autres collectivités si l’agent est intercommunal ou pluri communal : ………………………………………

**NOM DU SERVICE DE MÉDECINE PRÉVENTIVE :** ………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………

**Adresse :***………………..…….…*………………………………………………………………………………………………………………….

**Nom du médecin de prévention chargé du suivi médical de l’agent concerné :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

🕿 :…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………...

@ :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Fax :………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

Fait le ………………………, à ………………………………………………,

Signature de l'autorité territoriale

Cachet de la collectivité

***II - IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ***

**Renseignements concernant l’agent**

**Nom :** **Nom patronymique** : ………………………………………….

**Prénom :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Adresse** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Date et lieu de naissance** : Le ……/..…/…… à ……………………………………………………………………………

**Nom et adresse du médecin traitant** : ……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

🕿 :…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Situation administrative**

**Grade** **précis**: (Ex : Adjoint technique 2ème classe)………………………………………………………………………

**Service** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Fonctions actuelles exercées par l’agent** : ……………………………………………………………………………….

**Statut de l’agent** : ***cocher la case correspondante***

Stagiaire 🞏 Titulaire CNRACL 🞏

Titulaire IRCANTEC 🞏 Non Titulaire 🞏

**Temps de travail hebdomadaire** : ***cocher la case correspondante***

Temps complet 🞏 Temps partiel :…….% 🞏

Temps non complet : ….... heures ….. minutes 🞏

Date d’entrée dans la fonction publique territoriale :……/..…/…..

Date d’entrée dans la collectivité : …... /…… /……

**Autres employeurs** (y compris dans le privé) :

Nom de l’employeur :…………………………………………………………………………………………………………………………

Nombre d’heures hebdomadaires :………………………………………………………………………………………………….

Fonctions : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom de l’employeur :………………………………………………………………………………………………………………………..

Nombre d’heures  hebdomadaires :…………………………………………………………………………………………………

Fonctions : ……………………………………………………………………………………………………………………………..…………. …

Nom de l’employeur :…………………………………………………………………………………..

Nombre d’heures hebdomadaires :………………………………………………………………….

Fonctions : ……………………………………………………………………………………………...

**Position administrative : *cocher la case correspondante***

🞏 En activité 🞏 En arrêt continu depuis le ……/……/…….

🞏 Mise en disponibilité le ……/……/……. 🞏 En détachement depuis le ……/……/…….

🞏 Date de reprise ……/……/…….. 🞏 Autre …………………………………………………..

**Fonctions actuelles exercées par l’agent**

***Imprimé à compléter ou, à défaut, si vous disposez de la fiche de poste, veuillez nous la transmettre.***

* **Intitulé du poste**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **Activités et tâches exercées**

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

………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………….

………………….……………………………………………………………………..………………………………………………………………….

..

..

* **Fréquence des activités et des tâches**

* **Matériels et produits utilisés à l’occasion de ces activités**

**III – *EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT A LA SAISINE***

*INFORMATION*

Au terme de la première année de congé de longue maladie et lorsque la pathologie ouvre droit au congé de longue durée, l’agent peut demander à être placé en CLD ou être maintenu en CLM.

L’agent a opté pour : 🞏 CLD

🞏 Prolongation CLM

*QUESTIONS PRECISES SUR LESQUELLES LA COLLECTIVITE SOUHAITE OBTENIR UN AVIS*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………......................................................

**IV - *TYPE DE CONGE MALADIE DEMANDÉ***

|  |
| --- |
| **IMPORTANT :**  **LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DOIT ETRE FAITE AU MOINS 2 MOIS AVANT L'EXPIRATION DU CONGÉ DÉJÀ ATTRIBUÉ.** |

***Un passage en Conseil Médical (Formation plénière), en lien avec cette demande, a-t- il eu lieu****?*

* *Oui Préciser la date : ……/………/…………*
* *Non*

Motif de saisine : …………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

**DEMANDE de : A COMPTER DU**

🞏 Congé de **LONGUE MALADIE** (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28 H hebdomadaires ou un temps partiel)

* Attribution

🞏 d’office ……/……/……

🞏 sur demande de l’agent ……/....../…..

🞏 fractionné ……/……/……

* Renouvellement

🞏 d’office ……/……/……

🞏 sur demande de l’agent ……/……/……

🞏 fractionné ……/……/……

🞏 Congé de **LONGUE DURÉE** (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28 H hebdomadaires ou un temps partiel)

* Attribution

🞏 d’office ….../……/…….

🞏 sur demande de l’agent ……/……/…….

* Renouvellement

🞏 d’office ……/……/……

🞏 sur demande de l’agent ……. /...…/….

🞏 Congé de **GRAVE MALADIE** (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps non complet de moins de 28 H et agents non titulaires comptant au moins 3 années de service

quel que soit le nombre d'heures effectuées hebdomadairement)

* Attribution .……./……/…….
* Renouvellement ……./……./……

🞏 **TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE** (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28 H hebdomadaires ou un temps partiel) après un congé de longue maladie, longue durée, **en cas de contestation des conclusions de l’expert** **(rayer les mentions inutiles)**

* Attribution ……/……/……
* Renouvellement ……/……./……

🞏 **RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL** « mi-temps thérapeutique » sécurité sociale après un congé de grave maladie – (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps non complet de moins de 28 H et agents non titulaires)

* Attribution ....../……/……
* Renouvellement ……/……/…….

🞏 **RÉINTÉGRATION**

* après 12 mois consécutifs de congés de maladie ordinaire ……/……/……
* après une disponibilité d’office ....../……/……
* à l'issue des droits à congé de longue maladie, longue durée, ……/……/……

grave maladie **(rayer les mentions inutiles)**

🞏 **DISPONIBILITÉ D'OFFICE** pour maladie (à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie)

(fonctionnaires territoriaux titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet

(+ ou – 28 H hebdomadaires) ou temps partiel)

* Attribution ……/……/……
* Renouvellement ……/……/……

🞏 **APTITUDE OU INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DÉFINITIVE**  (fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet ou non complet de moins de 28 H et agents non titulaires quelle que soit sa durée hebdomadaire)

* A ses fonctions ……/……/……
* A toutes fonctions ……/……/……

🞏 **RECLASSEMENT** dans un autre emploi (fonctionnaires territoriaux titulaires temps complet, temps non complet (+ ou – 28 H) ou temps partiel) ……/……/……

🞏 **CONGÉ SANS TRAITEMENT** (fonctionnaires territoriaux stagiaires et auxiliaires

quel que soit le nombre d'heures effectué hebdomadairement) ……. /……/…..

🞏 **AUTRE** (ex. : cure thermale, retraite pour invalidité (procédure simplifiée), etc.…)

A préciser : …………………………………………………………………………………………………………………………………..

**V - *RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ DÉJÁ OBTENUS***

|  |  |
| --- | --- |
| ***TYPE DE CONGÉS*** | ***DATES*** |
| Congés de maladie ordinaire obtenus  (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 restreinte) | *…………………………………………………………………………………………………………...*  *…………………………………………………………………………………………………………..* |

***VI – LES PIECES A JOINDRE AU DOSSIER***

Voir les cas de saisine

***VII – LES MODALITES DE RECOURS***

Deux situations sont à distinguer :

* **REEXAMEN DEVANT LE CONSEIL MÉDICAL DEPARTEMENTAL - Formation restreinte (**dans les 2 mois suivant le premier avis**)**

En cas de contestation de l’agent de la décision administrative prise à la suite de l’avis du Conseil Médical (Formation restreinte), toute demande formulée par l’intéressé(e) doit être largement motivée et circonstanciée.

Pièces à fournir :

* Saisine de la collectivité,
* 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 (Formation restreinte), la décision prise par la collectivité,
* Certificat médical actualisé ainsi que tout document médical complémentaire non encore produit auprès du Conseil Médical (Formation restreinte).

**Il convient de préciser que le Conseil Médical Départemental (Formation restreinte) n’instruit qu’un seul nouvel examen.**

**Ensuite, en cas de nouvelle contestation, l’instance d’appel est le Conseil Médical Supérieur.**

* **APPEL AUPRÈS DU CONSEIL MEDICAL SUPÉRIEUR**

Les avis rendus par le Conseil Médical (Formation restreinte) peuvent être contestés par l’autorité territoriale ou par l’agent concerné.

Pièces à fournir :

* Saisine de la collectivité,
* Lettre motivée de l’agent ou de la collectivité précisant l’objet de la contestation,
* Documents médicaux complémentaires.

Le Conseil Médical (Formation restreinte) transmettra alors, dans les meilleurs délais, le dossier complet au

**CONSEIL MÉDICAL SUPÉRIEUR**

**14, avenue Duquesne  
75350 Paris SP 07**

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Président du Centre de Gestion**dans le cadre du secrétariat du conseil médical.*

*Les données collectées seront communiquées aux seules personnes en charge du secrétariat du* ***conseil médical.***

*Les données sont conservées pendant* ***3 ans à compter de leur recueil****.*

*Vos agents peuvent accéder aux données les concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer leur droit à la limitation du traitement de leurs données.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de leurs données dans ce dispositif, ils peuvent contacter le délégué à la protection des données* ***:*** [***dpd@cdg17.fr***](mailto:dpd@cdg17.fr)

*S’ils estiment, après nous avoir contactés, que leurs droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, ils pourront adresser une réclamation à la CNIL.*