Centre de Gestion de la Manche

139 Rue Guillaume Fouace

CS 12309

50009 SAINT-LO Cedex Tél : 02.33.77.89.00

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ**

Collectivité :

Adresse complète :

Personne en charge du dossier :       Téléphone :       Courriel :

Nom et coordonnées du médecin de prévention :

**IDENTIFICATION DE L’AGENT**

[ ]  Madame [ ]  Monsieur Nom patronymique :       Nom marital :

Prénom :       Date de naissance :       Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :      Courriel :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

**SITUATION ADMINISTRATIVE**

Grade :      Catégorie : A [ ]  B [ ]  C [ ]  Affectation :

Descriptif des fonctions actuellement exercées :

Statut : Stagiaire CNRACL [ ]  Stagiaire IRCANTEC [ ]  Titulaire CNRACL [ ]  Titulaire IRCANTEC [ ]

Contractuel de droit public [ ]

Date d’entrée dans la Fonction Publique Territoriale :       Dans la collectivité :

Temps de travail hebdomadaire : [ ]  temps complet (35h) [ ]  temps non complet      h/35h

Si l’agent en bénéficie : [ ]  temps partiel sur autorisation  [ ]  temps partiel de droit

Quotité de temps de travail :       %

Agents dont le temps de travail est annualisé :

* Temps de travail hebdomadaire réel :
* Horaires de travail :

Agent intercommunal, si oui, précisez-la (ou les) collectivité(s) :

* Nombre d’heures de travail :      heures/semaine
* Fonctions exercées :

L’agent a-t-il eu, au cours de sa carrière, un dossier ouvert dans une instance médicale (comité médical départemental, conseil médical départemental) : OUI [ ]  NON [ ]

Dans l’affirmative, dans quel département :

**MOTIF(S) DE LA DEMANDE EN FORMATION RESTREINTE**

**concerne les agents titulaires, stagiaires et contractuels**

**CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE (CMO) :**

[ ]  Octroi de l’ultime période (arrive à expiration des droits - 12 mois)

**CONGÉ DE LONGUE MALADIE (CLM) :**

[ ]  1er Octroi sur demande [ ]  1er Octroi d’office

[ ]  Renouvellement après épuisement des droits à plein traitement (1 an)

[ ]  Octroi de l’ultime période (arrive à expiration des droits - 3 ans)

[ ]  Réintégration lorsque le bénéficiaire exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières

[ ]  Réintégration à l’issue d’un congé de longue maladie d’office

**CONGÉ DE LONGUE DURÉE (CLD) :**

[ ]  1er Octroi sur demande [ ]  1er Octroi d’office

[ ]  Renouvellement après épuisement des droits à plein traitement (3 ans)

[ ]  Octroi de l’ultime période = *arrive à expiration des droits (5 ans)*

[ ]  Réintégration lorsque le bénéficiaire exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières

[ ]  Réintégration à l’issue congé de longue durée d’office

**CONGÉ DE GRAVE MALADIE (CGM) POUR LES AGENTS IRCANTEC, AGENTS CONTRACTUELS DE DROIT PUBLIC (comptant au moins 3 années de services) :**

[ ]  1er Octroi

[ ]  Renouvellement après épuisement des droits à plein traitement (1 an)

[ ]  Octroi de l’ultime période (arrive à expiration des droits - 3 ans)

[ ]  Réintégration lorsque le bénéficiaire exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières

**DISPONIBILITÉ D’OFFICE POUR RAISON DE SANTE (DORS) *à épuisement des droits statutaires à congés pour raisons de santé (CMO, CLM, CLD ou CGM)* :**

[ ]  1er Octroi [ ]  Renouvellement [ ]  Réintégration

[ ]  **RECLASSEMENT DANS UN AUTRE EMPLOI POUR INAPTITUDE PHYSIQUE (inaptitude aux fonctions du grade mais aptitude à d’autres fonctions)**

**CONTESTATION DES CONCLUSIONS RENDU PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ** (par l’employeur ou par l’agent) lors de :

[ ]  Visite médicale d’embauche pour un agent dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières

[ ]  Visite de contrôle lors d’un CMO

[ ]  1er Octroi [ ]  Renouvellement [ ]  Réintégration d’un congé pour raison de santé

Précisez le type de congé :       (CMO, CLM, CLD, CGM, CITIS)

[ ]  Octroi [ ]  Renouvellement d’un temps partiel thérapeutique

[ ]  Maintien du congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS)

*En cas de contestation, le dossier doit être motivé et apporter des éléments qui viennent infirmer l’avis contesté du médecin agréé (exemple : courrier, certificats médicaux motivés, comptes rendus d’examens, compte rendu d’hospitalisation, etc.).*

[ ]  **CONTESTATION DE L’AVIS DU CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL (réuni en formation restreinte) AUPRÈS DU CONSEIL MÉDICAL SUPÉRIEUR**

[ ]  **AUTRE DEMANDE :**

Préciser (cures thermales, procédure simplifiée de retraite pour invalidité, etc) :

**Explications et questions précises de la collectivité** :

**RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ OBTENUS DURANT LA CARRIÈRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **TYPES DE CONGÉ**Congé de MALADIE ORDINAIRE (*obtenus depuis 1 an)*, congé de LONGUE MALADIE, congé de LONGUE DURÉE, congé de GRAVE MALADIE, Disponibilité d’Office pour raison de santé, période de Temps Partiel Thérapeutique | **PÉRIODES** |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |

**PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT DANS LES CAS DE SAISINE
EN FORMATION RESTREINTE (page 2)**

[ ]  La présente fiche de saisine dûment renseignée et signée

[ ]  La demande écrite de l’agent

[ ]  Le certificat médical d’un médecin à l’appui de la demande de l’agent accompagné d’un résumé des observations et de toutes pièces justificatives sur son état de santé



*Ces éléments doivent être adressés* ***directement*** *sous pli confidentiel au secrétariat du conseil médical (adresse en fin de formulaire).*

[ ]  La copie des arrêts de travail de la période sollicitée

[ ]  Le rapport du médecin de prévention en cas de congé de longue maladie / longue durée / grave maladie **d’office** et en cas de reclassement.

[ ]  Le rapport motivé du supérieur hiérarchique en cas de congé de longue maladie / longue durée / grave maladie **d’office.**

[ ]  La fiche de poste de l’agent ou, à défaut, descriptif des missions exercées par l’agent indiqué en page 1.

**MOTIF(S) DE LA DEMANDE EN FORMATION PLENIERE
concerne les agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL**

**IMPUTABILITÉ AU SERVICE DE :**

***Si l’employeur s’oriente vers un refus (en cas de faute personnelle ou circonstance particulière détachant l’accident du service)* :**

[ ]  accident de service survenu le :

[x]  accident de trajet survenu le :

[ ]  maladie contractée en service inscrite aux tableaux des maladies professionnelles du Code de la sécurité sociale dont toutes les conditions ne sont pas remplies déclarée le :

[ ]  maladie contractée en service non inscrite aux tableaux des maladies professionnelles du Code de la sécurité sociale déclarée le :

**ET :**

[ ]  octroi [ ]  renouvellement du congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS)

 Du      .au

[ ]  rechute du       au

[ ]  justification de la prise en charge des soins du       au

[ ]  date de guérison ou de consolidation

[ ]  taux d’IPP (incapacité permanente partielle)

[ ]  existence ou non d’un état antérieur

**ALLOCATION TEMPORAIRE D’INVALIDITÉ**

[ ]  demande initiale d’Allocation Temporaire d’Invalidité (ATI)

[ ]  Révision quinquennale de l’ATI [ ]  Révision nouvel évènement

**RETRAITE**

[ ]  mise à la retraite pour invalidité non imputable au service

[ ]  mise à la retraite pour invalidité imputable au service

[ ]  mise à la retraite spéciale (pension pour orphelin infirme, invalidité du conjoint ou de l’enfant)

[ ]  majoration de pension pour l’assistance d’une tierce personne

[ ]  **LICENCIEMENT** des agents stagiaires dans l’impossibilité définitive et absolue de reprendre leurs fonctions, en raison d’infirmités résultant de blessures ou maladies contractées en service

[ ]  **AUTRE DEMANDE**

Autre, préciser :

**Explications et questions précises de la collectivité** notamment pour l’orientation d’un refus d’imputabilité :

**RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ OBTENUS DURANT LA CARRIÈRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **TYPES DE CONGÉ**Congé de MALADIE ORDINAIRE (*obtenus depuis 1 an)*, congé de LONGUE MALADIE, congé de LONGUE DURÉE, Congé pour Invalidité Temporaire Imputable au Service, Disponibilité d’Office pour raison de santé, période de Temps Partiel Thérapeutique | **PÉRIODES** |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |
|       | Du       au       |

**PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT DANS LES CAS DE SAISINE**

**EN FORMATION PLENIERE**

La composition du dossier sera différente en fonction des demandes transmises.

La liste des pièces à fournir pour une saisine en formation plénière est disponible sur le site [www.cdg50.fr/carrières](http://www.cdg50.fr/carri%C3%A8res) et statut/imprimé de saisine et pièces à joindre

 Fait à      le      Cachet et signature de l’autorité territoriale

Dossier à transmettre avec la mention **« CONFIDENTIEL / NE PAS OUVRIR »** au :

**Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Manche**

**139 rue Guillaume Fouace – CS 12309 -50009 SAINT LO CEDEX**

**Secrétariat du conseil médical départemental**

Ou par courriel :

instances.medicales@cdg50.fr (collectivités de – 350 agents)

 s.instances.medicales@cdg50.fr (collectivités de + 350 agents)