### Identification de la collectivité

Collectivité : ............

Adresse complète : ............

Personne en charge du dossier : ............ Téléphone : ............ Courriel : ............

Nom et coordonnées du médecin de prévention : ............

### Identitification de l’agent

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

Prénom : ............ Date de naissance : ............ Lieu de naissance : ............

Adresse : ............

Téléphone : ............ Courriel : ............

### 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

[ ]  Tout 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

[ ]  Tout 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 [ ]  1er Octroi d’office

[ ]  Tout 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

[ ]  INAPTITUDE TOTALE ET DEFINITIVE A LA REPRISE DES FONCTIONS ET/OU A TOUTES FONCTIONS : *si vous cochez cette case, de manière isolée, d’un agent en CMO ou non, il vous appartient de joindre une expertise d’un médecin agréé à l’appui de votre saisine.*

[ ]  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 obligatoire auprès d’un médecin agréé pour un CMO > 6 mois

[ ]  Visite obligatoire au moins une fois par an auprès d’un médecin agréé

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

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

[ ]  Visite de contrôle auprès d’un médecin agréé à tout moment

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 : ............

* Explications et questions précises de la collectivité :

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

### RELEVE DES CONGES POUR RAISON DE SANTE OBTENUS DURANT LA CARRIERE

|  |  |
| --- | --- |
| **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 ............ |

☐ 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.

# Informations avec un remplissage uniPIÈCES À JOINDRE obligatoirement dans les cas de saisine en formation restreinte

### 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 : ............

[ ]  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 : ............

[ ]  rechute du ............ au ............

* ET :

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

 Du .............au ............

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

[ ]  date de guérison ou de consolidation

[ ]  taux d’IPP (incapacité permanente partielle)

[ ]  aptitude ou inaptitude totale et définitive à la reprise des fonctions et/ou à toutes fonctions

[ ]  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 :

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

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

### RELEVE DES CONGES POUR RAISON DE SANTE OBTENUS DURANT LA CARRIERE

|  |  |
| --- | --- |
| **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 ............ |

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 :

* + [*http://www.cdg50.fr/carrières et statut/imprimé de saisine et pièces à joindre*](http://www.cdg50.fr/carri%C3%A8res%20et%20statut/imprim%C3%A9%20de%20saisine%20et%20pi%C3%A8ces%20%C3%A0%20joindre)

# PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT DANS LES CAS DE SAISINE EN FORMATION PLENIERE



 Fait à ............, le CM

Cachet et signature de l’autorité territoriale

**Dossier à transmettre**

* par voie postale avec la mention **« CONFIDENTIEL / NE PAS OUVRIR »** :

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)