### Identification de la collectivité

**Nom de la collectivité** : ............ Affaire suivie par : ............

Téléphone (ligne directe) : ............ Email : ............

### Identite de l’agent

**Nom :** ............ **Prénom :** ............

Nom de jeune fille : ............

### situation adminiStrative de l’agent

Grade : ............ Date de nomination en qualité de stagiaire : ............

Temps de travail :  temps complet  temps non complet, préciser : ............

Agent intercommunal :  OUI, préciser la ou les collectivité(s) : ............

 NON

Lieu d’affectation (Ex : école, mairie, salle des fêtes …) : ............

Intitulé du poste occupé : ............

### motif de la saisine

Date d’effet souhaitée :............

**Rappel**

La date d’effet de la mesure proposée doit être postérieure à la date de la réunion de la CAP.

Après quel type de congé pour indisponibilité physique cette saisine intervient-elle :

 congé de maladie ordinaire  congé de longue maladie  congé de longue durée

Historique des congés de maladie :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TYPE DE CONGES MALADIE | DATE DE DEBUT | DATE DE FIN |
| ............ | ............ | ............ |
| ............ | ............ | ............ |
| ............ | ............ | ............ |
| ............ | ............ | ............ |
| ............ | ............ | ............ |

Certificat médical justifiant l’absence pour maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée :

Date de début : ............

Date de fin : ............

Le conseil médical a-t-il été saisi au sujet de la réintégration du fonctionnaire :

 OUI, préciser :

* la date : ............
* l’avis rendu : ............

 NON

L’agent a-t-il été mis en demeure de reprendre ses fonctions :

 OUI, préciser la date : ............

 NON

Quels sont les motifs invoqués par l’agent à l’appui du refus de reprise du travail : ............

|  |  |
| --- | --- |
| L’agent atteste avoir pris connaissance de la décision envisagée et de la saisine :  **Date et signature de l’agent**, | Fait à ............, le ............  le Maire – le Président, (signature + cachet)  (Nom – *Prénom*) |

# PIÈCES À JOINDRE À L’IMPRIMÉ DE SAISINE

* fiche de poste de l’agent,
* copie de l’avis du conseil médical (le cas échéant),
* rapport daté et signé par l’autorité territoriale, expliquant la situation et la chronologie des faits,
* courrier de l’autorité territoriale proposant le poste,
* courrier de l’agent qui refuse le poste.

Veuillez retourner votre formulaire à l’adresse suivante : *cdg50@cdg50.fr*

**Textes de Référence**

* *Articles 17 et 35 du décret n°87-602 du 30 janvier 1987 modifié,*
* *Article 37-1 du décret n°89-229 du 17 avril 1989 modifié.*