



**FONCTIONS ACTUELLES EXERCÉES PAR L'AGENT**

Fiche de poste jointe :            **oui**                    **non**                    **Sinon**, compléter le tableau ci-dessous :

INTITULÉ DU POSTE :		
.....		
DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ	FRÉQUENCE	MATÉRIELS ET PRODUITS UTILISÉS

**LISTE DES CONGES/DISPOSITIFS OBTENUS POUR RAISON DE SANTE**

Etat récapitulatif des congés et dispositifs obtenus pour raison de santé joint :            **oui**                    **non**

**Sinon**, compléter le tableau ci-dessous en indiquant **par ordre chronologique** :

- Les congés de maladie ordinaire sur les 12 derniers mois,
- Les arrêts de travail suite à :
  - un accident reconnu imputable au service (préciser la date de l'accident),
  - une maladie reconnue imputable au service (préciser la date de la reconnaissance),
- Les congés de grave maladie, de longue maladie ou de longue durée,
- Les périodes de temps partiel pour raison thérapeutique,
- Les disponibilités d'office / congés sans traitement et/ou sans rémunération.

} sur l'ensemble de la carrière

TYPE DE DISPOSITIF	DEBUT	FIN

## INSTANCE SAISIE

### CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL

#### MOTIFS DE SAISINE :

#### Congé de maladie ordinaire (CMO)

Contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé\* formulée par :

- l'agent       l'autorité territoriale

#### Congé de grave maladie (CGM)

Attribution

- sur demande de l'agent       fractionné       d'office

Contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé\* relatif au renouvellement, formulée par :

- l'agent       l'autorité territoriale

#### Aptitude à l'exercice des fonctions

Evaluation de l'aptitude au cours d'un arrêt de travail

#### Autres situations de contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé\*

• formulée par :

- l'agent       l'autorité territoriale

• concernant (à préciser) :

.....  
.....

#### Autre cas (à préciser en se référant au tableau de synthèse des différents motifs de saisine disponible sur le site internet [cdg37.fr](http://cdg37.fr)) :

.....  
.....

### CONSEIL MEDICAL SUPERIEUR

RECOURS à l'encontre de l'avis émis par la **formation restreinte** du conseil médical départemental en date du

.....

- Formulé par l'agent       Formulé par l'autorité territoriale

## OBSERVATIONS

(éléments objectifs complémentaires que l'autorité territoriale souhaite porter à la connaissance de l'instance saisie)

Fait à ..... Le .....

**Signature de l'autorité territoriale  
Cachet de la collectivité**



**Ce document est communicable à l'agent concerné,  
s'il formule une demande écrite pour l'obtenir.**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé destiné au suivi des dossiers par le service conseil médical départemental du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale d'Indre-et-Loire / CDG 37.  
Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès aux informations qui vous concernent, pour connaître et exercer vos droits, vous pouvez consulter notre « Politique de Protection des Données » dans la rubrique « Données personnelles » des « Mentions légales » du site Internet [www.cdg37.fr](http://www.cdg37.fr)