

IMPORTANT : Afin de permettre l'instruction de la demande, l'ensemble des champs doivent obligatoirement être renseignés et les pièces demandées jointes au dossier. En cas d'incomplétude de la saisine, celle-ci vous sera retournée pour compléments. Dans l'attente, l'instruction ne pourra débuter.

Renseignements concernant l'agent

	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur		
Nom :	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Adresse :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Prénom(s) :	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Complément :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Date de naissance :	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Code postal :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Statut applicable :	<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Contractuel	Ville :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fonction publique :	<input type="checkbox"/> Etat	<input type="checkbox"/> Territoriale	<input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Ouvrier d'état
Corps :	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> Hospitalière	
Entrée dans l'Adm. :	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Grade :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fonction :	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Titularisation :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
NIR :	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Téléphone :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Durée de travail :	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel <input style="width: 50px;" type="text"/> %	<input type="checkbox"/> Temps non complet <input style="width: 50px;" type="text"/> heures	

Renseignements concernant le service en charge du dossier

Entité juridique* :	Service RH*** :
Structure** :	Nom du référent :
Adresse :	Téléphone :
Complément :	Courriel :
Code postal :	
Ville :	

*Entité juridique de rattachement : Agriculture, Culture, Défense, Economie, Santé, Travail, Justice, etc.
 **Structure d'affectation : Agence de santé, Centre hospitalier, etc.
 ***Service RH : en charge de la gestion du dossier de l'agent

Renseignements concernant la demande

Circonstances conduisant à la saisine du conseil

OCTROI (O)
 RENOUVELLEMENT (R)
 CONTESTATION (C)
 MISE EN CONGÉS D'OFFICE (M)

Type de congé demandé (O) (R) (M) (C) = combinaisons possibles

- CMO : Congé ordinaire de maladie (C)
- CLM : Congé de longue maladie (O) (R) (M) (C)
- CLM : Congé de longue maladie fractionné (O) (R)
- CLD : Congé de longue durée (R) (C)
- CGM : Congé de grave maladie (O) (R)
- Disponibilité pour raison de santé (O) (R) (M)
- Congés sans traitement (O) (R) (M)
- Renouvellement du CITIS (C)

À compter du* :

- Validation du reclassement professionnel
- Aptitude aux fonctions à l'issue des droits
- Aptitude aux fonctions pour une reprise d'activité (après un CLM d'office ou disponibilité pour raison de santé)
- Temps partiel thérapeutique (C)
- CMS : Recours au Conseil Médical Supérieur
- Autres :

*Correspondant à la date de début d'arrêt en continu ou à la date de début du renouvellement demandé

Compléments ou précisions éventuelles sur la demande :

Renseignements concernant le médecin de prévention

Nom du médecin :

Téléphone :

Courriel :

Pièces à joindre obligatoirement :

- Lettre de l'intéressé-e précisant la nature du congé demandé ;
- Certificat médical détaillé du médecin traitant **sous pli confidentiel** ;
- Toutes les décisions prises par l'employeur concernant le congé demandé ;

Des **pièces spécifiques au droit demandé** peuvent être exigées => Voir Mémento des pièces à fournir

Relevé des congés pour raison de santé déjà obtenus

Congés ordinaires de maladie au-delà de 6 mois	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
			TOTAL : <input type="text"/> mois
Congés de longue maladie	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
			TOTAL : <input type="text"/> mois
Congés de longue durée	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
			TOTAL : <input type="text"/> mois
Congés grave de maladie	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
			TOTAL : <input type="text"/> mois
Temps partiel thérapeutique	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
			TOTAL : <input type="text"/> mois
Disponibilité pour raison de santé / Congés sans traitement	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
	du : <input type="text"/>	au : <input type="text"/>	durée : <input type="text"/>
			TOTAL : <input type="text"/> mois

Fait à :

Le :

Cachet de l'administration

Signature du chef de service