******

**CENTRE DE GESTION DE LA** **FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE AVEYRON**

**Immeuble Le Sérial -10 rue Faubourg Lo Barry -Saint-Cyrice-Etoile -12000 RODEZ**

**Secrétariat du Conseil Médical : 05 65 73 02 55**

**Courriel : cdg.aveyron@cdg-12.fr**



Conseil Médical – Formulaire de saisine

Collectivité : …………………………………………………………………………………………………..

Identification de la collectivité

Adresse : …………………………………………………………………………………………………….............................................................................................................................................................

Personne en charge du dossier :…………………………………………………………………………..

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

Service de médecine de prévention : CDG12 Autres : ………………………………….

 Nom du médecin : ……………………..

Identification de l’agent concerné

Nom : ……………………………………………Nom de naissance : ……………………………….…….

Prénom : ……………………………………………………………………………………………………...

Date et lieu de naissance : …………………………………………………………………………………

Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Situation administrative

Grade : ………………………………………………………………………………………………………..

Statut : Stagiaire Titulaire Contractuel

 Temps complet Temps partiel :………………. Temps non complet :………………………

Affectation : …………………………………………………………………………………………………...

Fonctions actuelles de l’agent : ……………………………………………………………………………..

Date d’entrée dans la FPT :…………………………………………………………………………………

Date d’entrée dans la collectivité :…………………………………………………………………………

Actuellement (en arrêt, a repris le travail…..) : ……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Situation médicale *(congés pour raison de santé déjà obtenus)*

|  |  |
| --- | --- |
| TYPE de congés | DATE/ DUREE |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Pour les saisines ci-après : fournir obligatoirement la **lettre de l’agent, le Certificat médical administratif** du médecin traitant indiquant que « l’état de santé de l’agent permet l’octroi d’un congé de ……. » ou une « reprise le …………… » ;

Cas de saisine du Conseil médical

Rapport médical du médecin traitant et les pièces médicales sous pli confidentiel.

Reprise des fonctions **à l’épuisement des droits statutaires à congés** (de Maladie Ordinaire, longue maladie, grave maladie et longue durée) *fonctionnaires*

Congés Longue Maladie/Longue Durée *(fonctionnaires CNRACL),* Grave Maladie *(fonctionnaires IRCANTEC et contractuels de droit public) p*our **l’octroi du congé/ le renouvellement à l’occasion du passage à demi-traitement.**

Au terme de la 1ère année de CLM, et lorsque la pathologie de l’agent ouvre droit à CLD, ce dernier doit opter par écrit pour (cf information sur le choix optionnel) : prolongation de CLM ;

 octroi de CLD.

Disponibilité d’office pour raison de santé *(titulaires uniquement) ou* Congé sans traitement *(stagiaires et contractuels)*

Reclassement

Aptitude/inaptitude physique totale et définitive aux fonctions/à toutes fonctions

Retraite pour invalidité

Renouvellement temps partiel thérapeutique, si désaccord entre le médecin traitant et le médecin agréé *(fonctionnaires CNRACL)* ou médecin CPAM *(fonctionnaires IRCANTEC)*

A la 1ère saisine, pour les cas ci-dessous : fournir obligatoirement la **déclaration, le CMI (certificat médical initial)** « violet », le rapport du **médecin de prévention en cas de maladie professionnelle.**

Reconnaissance de l’imputabilité au service en cas de refus par la collectivité

*(Accident de service/ de trajet/maladie contractée en service/rechute)*

Fixer la date de consolidation de l’état de santé et/ou le taux d’incapacité permanente partielle

En lien avec l’ATI (allocation temporaire d’invalidité)

*(Révision quinquennale/à chaque nouvel accident/en cas de radiation des cadres)*

Autres : ………………………………………………………………………………………………..

Questions précises à poser au Conseil médical

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………..

Signature et tampon de la collectivité