

**CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL  
FORMATION RESTREINTE**

**STAGIAIRES ET TITULAIRES CNRACL**

**Formulaire de saisine**

**Identification de la collectivité ou de l'établissement employeur**

**Collectivité ou établissement :**

.....

Adresse : .....

**Nom et prénom de l'agent chargé du suivi du dossier :**

.....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**Médecin du travail en charge du suivi de l'agent :**

Nom/Prénom : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**Identification de l'agent**

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

**Nom d'usage :** ..... **Date et lieu de naissance :** le ...../...../..... à .....

Adresse : .....

.....

Téléphone (si accord de l'agent) : .....

Courriel (si accord de l'agent) : .....

**Médecin traitant en charge du suivi de l'agent :**

Nom/Prénom : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**Statut de l'agent :**

stagiaire CNRACL

titulaire CNRACL

Poste :  communal

intercommunal

pluri communal

Filière : ..... Grade : .....

Service d'affectation : .....

Emploi : .....

Dates de nomination : stagiaire : ..... titulaire : .....

Durée travail hebdo :  temps complet  temps partiel : .....%  temps non complet : ..... h ..... mn

**Le dossier complet, sous pli confidentiel, est à envoyer à  
CDG 74 - Service du Conseil médical  
44 Rue du Goléron -74370 ANNECY**

Version 01/2025

## NATURE DE LA SAISINE (cocher la ou les cases concernées)

A compter du

- Octroi d'une première période de Congé de longue maladie (CLM)**  
 sur demande de l'agent     d'office     fractionné    ...../...../.....
- Renouvellement d'un CLM après épuisement des droits à plein traitement**  
 sur demande de l'agent     d'office     fractionné    ...../...../.....
- Octroi d'une première période de Congé de de longue durée (CLD)**  
 sur demande de l'agent     d'office     fractionné    ...../...../.....
- Renouvellement d'un CLD après épuisement des droits à plein traitement**  
 sur demande de l'agent     d'office     fractionné    ...../...../.....
- Réintégration/Aptitude à expiration des droits à congés pour raisons de santé**  
 après 12 mois consécutifs de maladie ordinaire (fin de droits)    ...../...../.....  
 après 3 ans de CLM (fin de droits)     après 5 ans de CLD (fin de droits)    ...../...../.....
- Réintégration/Aptitude à l'issue d'une période de CLM / CLD**  
 sur des fonctions qui exigent des conditions de santé particulière    ...../...../.....  
 dans le cadre d'un CLM d'office     dans le cadre d'un CLD d'office    ...../...../.....
- Octroi d'un temps partiel thérapeutique** si la demande est formulée **conjointement** à une demande de réintégration après un congé de maladie qui nécessite l'avis du Conseil médical ...../...../.....
- Reclassement** dans un autre emploi à la suite d'une altération de l'état de santé    ...../...../.....
- Activité minimale** dans le cadre d'un congé de maladie    ...../...../.....
- Octroi d'une disponibilité d'office pour raisons de santé (DORS) ou octroi d'un congé sans traitement** (stagiaires CNRACL)    ...../...../.....
- Renouvellement d'une DORS ou renouvellement d'un congé sans traitement** (stagiaire CNRACL)    ...../...../.....
- Réintégration/Aptitude à l'issue d'une période de DORS ou d'un congé sans traitement** (stagiaire CNRACL)    ...../...../.....
- Avis des conclusions d'un médecin agréé**  
 dans le cadre d'un CMO     dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique
- En cas de contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé lors :**  
 d'un recrutement sur des emplois dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières  
 d'un octroi ou renouvellement d'un congé pour raisons de santé, réintégration à l'issue de ces congés et bénéfice d'un TPT  
 d'une contre visite ou visite de contrôle réglementaire d'un agent en CMO, CLM, CLD, CITIS  
 d'une infirmité ou maladie incurable du fonctionnaire ou de son conjoint le plaçant dans l'impossibilité d'exercer une quelconque profession  
 d'une obligation de recours à tierce personne  
 d'une infirmité permanente d'un orphelin le mettant dans l'impossibilité de gagner sa vie

## EXPOSE DES CIRCONSTANCES QUI MOTIVENT LA SAISINE

**Circonstances et questions précises pour lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis**

.....

.....

.....

.....

.....

Date

Signature de l'autorité territoriale

Cachet de l'établissement



**CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL  
FORMATION RESTREINTE**

**STAGIAIRES ET TITULAIRES IRCANTEC  
ET CONTRACTUELS**  
**Formulaire de saisine**

**Identification de la collectivité ou de l'établissement employeur**

**Collectivité ou établissement :**

.....

Adresse : .....

**Nom et prénom de l'agent chargé du suivi du dossier :**

.....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**Médecin du travail en charge du suivi de l'agent :**

Nom/Prénom : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**Identification de l'agent**

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

**Nom d'usage :** ..... **Date et lieu de naissance :** le ...../...../..... à .....

Adresse : .....

.....

Téléphone (si accord de l'agent) : .....

Courriel (si accord de l'agent) : .....

**Médecin traitant en charge du suivi de l'agent :**

Nom/Prénom : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**Statut de l'agent :**  stagiaire IRCANTEC  titulaire IRCANTEC  contractuels

Poste :  communal  intercommunal  pluri communal

Filière : ..... Grade : .....

Service d'affectation : .....

Emploi : .....

Dates : recrutement : ..... nomination stagiaire : ..... titularisation : .....

Durée travail hebdo :  temps non complet : ..... h ..... mn  temps complet

**Le dossier complet, sous pli confidentiel, est à envoyer à**  
**CDG 74 - Service du Conseil médical**  
**44 Rue du Goléron -74370 ANNECY**

Version 01/2025

**NATURE DE LA SAISINE (cocher la ou les cases concernées)**

A compter du

- Octroi d'une première période de Congé de grave maladie (CGM)  
 sur demande de l'agent ...../...../.....
- Renouvellement d'un CGM après épuisement des droits à plein traitement ...../...../.....
- Octroi d'une disponibilité d'office pour raisons de santé (DORS) ...../...../.....
- Octroi d'un congé sans traitement (stagiaire IRCANTEC et contractuels) ...../...../.....
- Renouvellement d'une DORS ...../...../.....
- Renouvellement d'un congé sans traitement (stagiaire IRCANTEC et contractuels) ...../...../.....
- Réintégration/Aptitude à l'issue d'une période de DORS ...../...../.....
- Réintégration/Aptitude à l'issue d'une période de congé sans traitement (stagiaire IRCANTEC et contractuels) ...../...../.....
- Réintégration/Aptitude à expiration des droits à congés pour raisons de santé  
 après 12 mois consécutifs de maladie ordinaire ...../...../.....  
 après 3 ans de CGM (fin de droits) ...../...../.....
- Réintégration/Aptitude à l'issue d'une période de CGM sur des fonctions qui exigent des conditions de santé particulière ...../...../.....
- Reclassement dans un autre emploi à la suite d'une altération de l'état de santé ...../...../.....
- Activité minimale dans le cadre d'un congé de maladie ...../...../.....
- En cas de contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé lors :  
 d'un recrutement sur des emplois dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières  
 d'un octroi ou renouvellement d'un congé pour raisons de santé, réintégration à l'issue de ces congés  
 d'une contre visite ou visite de contrôle réglementaire d'un agent en CMO, CGM, CITIS

**EXPOSE DES CIRCONSTANCES QUI MOTIVENT LA SAISINE**

**Circonstances et questions précises pour lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis**

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

Date

Signature de l'autorité territoriale

Cachet de l'établissement

