

Modèle de demande de saisine du conseil médical (formation restreinte)

Nom, prénom
Adresse
Téléphone
Grade, emploi

à Monsieur Le Maire ou Monsieur le Président
Collectivité
Adresse
CP VILLE

le.....

OBJET :
Saisine du Conseil médical

Monsieur le Maire (ou Président),

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais au Conseil Médical, afin que cette instance émette un avis sur :

(Cocher la case correspondante)

- L'ouverture d'un congé de longue maladie à compter du.....
- L'ouverture d'un congé de longue durée à compter du.....
- L'ouverture d'un congé de grave maladie à compter du
- La prolongation du congé de longue maladie/longue durée au-delà de la période à plein traitement. J'atteste d'avoir été informé d'un droit d'option (pour les pathologies éligibles au CLD)
- Le reclassement dans un autre emploi
- La réintégration après l'expiration des droits au congé maladie ordinaire, congé longue maladie, longue durée ou d'un congé grave maladie
- Contestation de l'avis du médecin agréé en date du sollicité par mon employeur dans le cadre du contrôle du congé de maladie/longue maladie/gestion du temps partiel thérapeutique. Ma contestation porte sur le point suivant..... ;
- Autres situations
.....
.....
.....

Vous trouverez ci-joint le certificat médical de mon médecin (accompagné d'un rapport sous pli confidentiel le cas échéant), ainsi que toute pièce utile à l'examen de mon dossier.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de croire, Monsieur le Maire (ou Président), à l'assurance de ma considération la meilleure.

Signature de l'agent,