

CONSEIL MEDICAL EN FORMATION PLENIERE
DU CENTRE INTERDEPARTEMENTAL DE GESTION
DE LA GRANDE COURONNE DE LA REGION ILE-DE-FRANCE

POUVOIR

Je soussigné(e), M/Mme _____, représentant titulaire de la
(indiquer votre collectivité) _____

- du personnel
- de l'administration
(barrer la mention inutile)

donne pouvoir à M/Mme _____

pour me représenter lors de la réunion du conseil médical en formation plénière des agents de
catégorie A / B / C (entourez la bonne catégorie) qui aura lieu le _____.

A _____
Le _____

Signature

M/Mme _____

01 39 49 63 00

www.cigversailles.fr

15 rue Boileau – BP 855
78008 Versailles cedex

NB : Chaque membre du conseil médical peut donner pouvoir à un autre membre uniquement si le quorum est atteint. Pour rappel, le quorum est composé d'au moins 4 membres présents avec voix délibérative dont deux médecins et un représentant du personnel.