

CONSEIL MEDICAL UNIQUE

Formations plénière et restreinte

Identification de l'employeur

Employeur :
Personne en charge du dossier :
Téléphone :
Courriel :

Renseignements concernant l'agent

Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

Téléphone :
Courriel :

Catégorie :
Grade :

Fonctions :

Statut : ☐ Stagiaire ☐ Titulaire ☐ CNRACL ☐ IRCANTEC ☐ Contractuel
Depuis le :

L'agent relève-t-il de la catégorie : ☐ Active ☐ Sédentaire

Temps de travail hebdomadaire de l'agent dans la collectivité : h
Autre collectivité employeur / temps de travail hebdomadaire :

Nom du médecin du travail :
Nom du médecin traitant :

Objet de la saisine du Conseil Médical Unique – Formation restreinte

- ☐ Octroi de la première période du ☐ CLM / ☐ CLD / ☐ CGM¹ – Date d'arrêt initial :
☐ Prolongation du ☐ CLM / ☐ CLD / ☐ CGM¹ à l'épuisement des droits à plein traitement
☐ Réintégration à l'expiration des droits au ☐ CMO / ☐ CLM / ☐ CLD / ☐ CGM¹
(après : 1 an de CMO / 3 ans de CLM / 5 ans de CLD / 3 ans de CGM)

¹ Cocher la case correspondante

- ☐ Placement / ☐ Réintégration à l'expiration d'une période de ☐ CLM / ☐ CLD¹ d'office
- ☐ Octroi / ☐ Prolongation / ☐ Réintégration¹ à la suite d'une disponibilité d'office pour raison de santé
- ☐ Demande d'avis sur l'aptitude ou l'inaptitude aux fonctions ou à toutes fonctions
- ☐ Intégration définitive à la suite d'un reclassement dans un autre emploi pour raison de santé
- ☐ Contestation de l'avis du médecin agréé en date du _____ dans le cadre du renouvellement du temps partiel thérapeutique
- ☐ Contestation de l'avis du médecin agréé en date du _____ dans le cadre de la visite de contrôle du
☐ CMO / ☐ CLM / ☐ CGM / ☐ CLD¹
- ☐ Contestation de l'avis du médecin agréé en date du _____ dans le cadre de la visite de contrôle du CITIS

Objet de la saisine du Conseil Médical Unique – Formation plénière

- ☐ Imputabilité au service d'un ☐ accident de service / ☐ accident de trajet¹ en date du _____
- ☐ Imputabilité au service d'une maladie en date du _____
- ☐ Imputabilité de la rechute de ☐ l'accident / ☐ la maladie¹ en date du _____ reconnu(e) imputable
- ☐ Retraite pour invalidité
- ☐ ATI (octroi, révision, contestation du taux d'IPP proposé par un médecin agréé suite à l'expertise du _____)
- ☐ Autres (à préciser)

Observations

Lexique

- CMO : Congé maladie ordinaire
- CLM : Congé longue maladie
- CGM : Congé grave maladie
- CLD : Congé longue durée
- CITIS : Congé d'invalidité temporaire imputable au service
- ATI : Allocation temporaire d'invalidité
- IPP : Invalidité permanente partielle

Pour toute question, n'hésitez pas à contacter le secrétariat du Conseil Médical
05 81 91 93 00 - conseilmedical@cdg31.fr

A

le

Le Maire, le Président,