Centre de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale
de la Haute-Garonne

BORDEREAU DE SAISINE

CONSEIL MÉDICAL

Formation plénière ☐
(ex commission de réforme)

Formation restreinte ☐
(ex comité médical)
N° de dossier attribué, le cas échéant :

Dossier suivi par : Elodie GAUTHIER / Céline ROQUES (formation restreinte)
Hélène MOMI (formation plénière)
conseilmedical@cdg31.fr
☎ 05 81 91 93 00

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Employeur :

Adresse :

Nom de la personne chargée du suivi du dossier :

Téléphone :

Courriel :

Nom du médecin de prévention chargé du suivi de l'agent :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT

Nom - Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone : **Courriel :**

Grade : **Fonction :**

Qualité : ☐ **Stagiaire** ☐ **Titulaire CNRACL** ☐ **Titulaire IRCANTEC** ☐ **Contractuel**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT (suite)

Date de nomination stagiaire (CNRACL) :

Temps de travail hebdomadaire : **heures**

Date d'entrée dans la Fonction publique territoriale :

L'agent est-il en position de détachement ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

S'agit-il d'un agent intercommunal ? : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si oui, autres employeurs territoriaux :

Employeur	Nombre d'heures hebdo

Cet agent relève de la catégorie : ☐ **Active** ☐ **Sédentaire**

Nom du médecin traitant :

Les liens hypertextes (texte en couleur) **pour chaque cas de saisine sont en cours de modification.**

OBJET DE LA SAISINE / FORMATION RESTREINTE

☐ **Congé longue maladie (CLM)** — **Date de l'arrêt initial :**

☐ **Octroi 1ère période** — ☐ **Renouvellement après épuisement des droits à plein traitement**

☐ **Congé longue durée (CLD) :** — **Date de l'arrêt initial :**

☐ **Octroi 1ère période** — ☐ **Renouvellement après épuisement des droits à plein traitement**

☐ **Congé grave maladie (CGM)** — **Date de l'arrêt initial :**

(concerne uniquement les fonctionnaires à temps non complet < 28h hebdomadaires et les contractuels qui comptent plus de 3 ans d'ancienneté) :

☐ **Octroi 1ère période** — ☐ **Renouvellement après épuisement des droits à plein traitement**

☐ **Réintégration à l'expiration des droits à congés (Après : 1 an de CMO, 3 ans de CLM, 5 ans de CLD, 3 ans de CGM)**

☐ **Réintégration à l'issue des droits à congés (Sur des fonctions exigeant des conditions de santé particulières ainsi que pour les agents placés en congé d'office)**

☐ **Placement en congé sans traitement (fonctionnaires stagiaires)**

☐ **Reclassement dans un autre emploi à la suite d'une altération de l'état de santé du fonctionnaire**

☐ **Demande d'aptitude ou d'inaptitude aux fonctions ou à toutes fonctions**

☐ **Mise en disponibilité d'office pour raison de santé (à l'expiration des droits statutaires à congé maladie)**

☐ **Octroi** ☐ **Renouvellement** ☐ **Réintégration**

☐ **Octroi des congés pour infirmité de guerre**

OBJET DE LA SAISINE (suite)

Autres cas prévus par les textes règlementaires

- ☐ **Placement en CLM ou en CLD d'office** ***(à la demande de l'autorité territoriale)***
- ☐ **Réintégration après une disponibilité** ***(lorsque certaines fonctions requièrent des conditions de santé particulières Article 26, décret 86-68 du 13/01/1986)***
- ☐ **Prolongation d'activité jusqu'à la limite d'âge de la catégorie sédentaire** ***(en cas de contestation des conclusions du certificat médical d'aptitude)***
- ☐ **Inaptitude définitive et absolue du fonctionnaire stagiaire à reprendre ses fonctions**

INSTANCE DE RECOURS - SAISINES POUR CONTESTATION D'UN AVIS MÉDICAL RENDU PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ :

- ☐ **Temps partiel thérapeutique**
  - ☐ **Visite de contrôle** ☐ **Prolongation**
- ☐ **Visite de contrôle au cours d'un CMO**
- ☐ **Visite de contrôle au cours d'un CLM ou d'un CLD**
- ☐ **Visite de contrôle au cours d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS)**

Observations :

À , le

Le Maire, Le Président,

Les liens hypertextes (texte en couleur) **pour chaque cas de saisine sont en cours de modification.**

OBJET DE LA SAISINE / FORMATION PLÉNIÈRE

Demande d'imputabilité au service de :

☐ **Accident de service** ☐ **Accident de trajet**

☐ **Maladie professionnelle n°** ☐ **Maladie hors tableau**

Date de réception de la déclaration :

Demande de prise en charge de la rechute de :

☐ **Accident de service** ☐ **Accident de trajet** ☐ **Maladie professionnelle**

Date de réception de la déclaration :

☐ **Demande de justification des arrêts et des soins, date de consolidation et taux d'IPP (incapacité permanente partielle)**

☐ **Demande d'allocation temporaire d'invalidité (ATI)**

☐ **1ère attribution** ☐ **Révision quinquennale** ☐ **Révision nouvel accident**

☐ **Révision sur demande de l'agent** ☐ **Révision radiation des cadres**

Demande de prise en charge des frais médicaux :

☐ **Cure thermale** ☐ **Appareillage** ☐ **Autres**

☐ **Procédure de retraite pour invalidité des fonctionnaires CNRACL**

☐ **Demande de majoration spéciale pour tierce personne**

☐ **Demande de pension d'orphelin infirme à la charge du fonctionnaire :**

Prénom-Nom de l'orphelin ou du représentant légal :

Né(e) le : **Adresse :**

☐ **Licenciement du stagiaire pour inaptitude physique imputable au service**

☐ **Demande de mise à la retraite anticipée au titre du conjoint invalide**

À compter du :

Observations :

À **, le**

Le Maire, Le Président,