



# ATTESTATION DE SAISINE DU CONSEIL MÉDICAL

Tous les champs sont à renseigner obligatoirement

## ► L'EMPLOYEUR

AUTORITÉ TERRITORIALE .....

PERSONNE CHARGÉE DU SUIVI DU DOSSIER .....

TEL.....COURRIEL.....

## ► L'AGENT

NOM D'USAGE..... NOM DE NAISSANCE..... PRÉNOM.....

NÉ LE ...../...../.....

ADRESSE.....

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE.....TEL.....

DATE D'ENTRÉE DANS LA COLLECTIVITÉ.....

DATE DE TITULARISATION.....

FONCTION(S).....

GRADE..... CATÉGORIE  A  B  C

QUALITÉ STATUTAIRE  **Stagiaire**  **Titulaire**  **CNRACL /**  **IRCANTEC**  **Contractuel**

QUOTITÉ DE TEMPS DE TRAVAIL.....heures .....minutes

L'AGENT EST-IL ACTUELLEMENT EN ARRÊT DE TRAVAIL ?  **OUI**  **NON**

ARRÊT CONTINU DEPUIS LE...../...../..... DATE DE REPRISE DE L'AGENT ...../...../.....

AVEZ-VOUS DÉJÀ SAISI LE CONSEIL MÉDICAL ?  **OUI**  **NON**

## MOTIF DE LA SAISINE

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



TYPE DE CONGÉS	DATES
CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE	
CONGÉ DE LONGUE MALADIE	
CONGÉ DE LONGUE DURÉE	
CONGÉ DE GRAVE MALADIE	
DISPONIBILITÉ D'OFFICE POUR RAISON DE SANTÉ	
CONTESTATION(S)	

**RAPPEL :**

Seul un dossier complet pourra être soumis en séance.

Vous pouvez joindre tout autre document que vous considérez comme pertinent pour l'étude de la demande de saisine.

*Date, Nom*

*Cachet et signature de l'autorité territoriale*