



## CONSEIL MÉDICAL UNIQUE

CDG 30 - 183 Chemin du Mas Coquillard 30900 Nîmes  
Tel : 04 66 38 86 86 – Fax : 04 66 38 86 87 – mail : [cmu@cdg30.fr](mailto:cmu@cdg30.fr)  
[www.cdg30.fr](http://www.cdg30.fr)

### FORMULAIRE DE SAISINE DE LA COLLECTIVITE

#### EMPLOYEUR

COLLECTIVITÉ / ÉTABLISSEMENT : .....

Adresse : .....

Personne chargée du dossier : .....

Tél : ..... Fax : .....

E-mail : .....

#### FACTURATION CHORUS : (renseignement obligatoire, à défaut rejet de la saisine)

SIRET : .....

CODE SERVICE : .....(le cas échéant)

N° COMMANDE : .....

#### AGENT

NOM : .....PRÉNOM .....

Date de naissance : .....NIR : .....

Adresse : .....

Tél : ..... **Mail obligatoire** : .....

Filière : ..... Grade : .....

Fonctions : ..... Catégorie : A  B  C

QUALITÉ :  Stagiaire  Titulaire  Titulaire IRCANTEC  Contractuel

depuis le.....

Temps de travail : Temps complet  Temps non complet  (...../35) Temps partiel  (.....%)

agent intercommunal, indiquer les autre(s) employeur(s).....

#### MÉDECIN DE PRÉVENTION

Organisme : ..... Nom du médecin : .....

Adresse : ..... Tél : .....

#### MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin : .....

Adresse : ..... Tél : .....

#### HISTORIQUE DES CONGÉS DE L'AGENT : (MO, CLM, CLD, GRAVE MALADIE, TPT, DISPO D'OFFICE, ACCIDENT DE SERVICE / TRAJET, MALADIE PROFESSIONNELLE / D'ORIGINE PROFESSIONNELLE)

Nature du congé	Survenu le	Arrêt du....	...au...

## OBJET DE LA SAISINE :

**LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DOIT INTERVENIR AU MOINS 2 MOIS AVANT L'EXPIRATION DU CONGÉ DÉJÀ ATTRIBUÉ**

**Demande d'avis sur :**

- Octroi d'un **Congé de Longue Maladie (CLM)** à compter du.....
- Prolongation ou renouvellement d'un **Congé de Longue Maladie (CLM) à expiration des droits à rémunération à plein traitement**, soit à compter du.....
  
- Octroi d'un **Congé de Longue Durée (CLD)** à compter du.....
- Prolongation ou renouvellement d'un **Congé de Longue Durée (CLD) à expiration des droits à rémunération à plein traitement**, soit à compter du.....
  
- Octroi d'un **Congé de Grave Maladie** (agent IRCANTEC) à compter du.....
- Prolongation ou renouvellement d'un **Congé de Grave Maladie à expiration des droits à rémunération à plein traitement**, soit à compter du.....
  
- Octroi d'un **congé d'office** à compter du.....
  - CLM  CLD
- Prolongation ou renouvellement d'un **Congé d'office à expiration des droits à rémunération à plein traitement**, soit à compter du.....
  - CLM  CLD
  
- Octroi d'un **Congé de Longue Maladie (CLM) fractionné** à compter du.....
- Prolongation ou renouvellement d'un **Congé de Longue Maladie (CLM) fractionné à expiration des droits à rémunération à plein traitement**, soit à compter du.....
  
- Mise en **disponibilité d'office**, après épuisement des droits à congés maladie à compter du.....
- Prolongation d'une **disponibilité d'office** à compter du.....
  
- Réintégration** à compter du.....
  - Après 12 mois consécutifs de congés de maladie ordinaire
  - À expiration d'un congé de :  longue maladie  longue durée  
 grave maladie
  - À l'issue d'une période de disponibilité d'office pour raison de santé
  
- Reclassement professionnel** à compter du.....
- Contestation** d'un avis médical rendu par un médecin agréé
- Recours Conseil Médical Supérieur**

**Imputabilité au service de :**

- accident de service (si présomption d'imputabilité non remplie) survenu le.....
- accident de trajet survenu le .....
- maladie professionnelle (si présomption d'imputabilité non remplie) constatée le.....
- maladie contractée en service (non désignée dans un tableau) constatée le.....

Avis sur l'imputabilité au service d'une **rechute**, en rapport avec:

- un accident de service / accident de trajet survenu le:.....
- une maladie professionnelle / maladie contractée en service, constatée le:.....

**Taux IPP (Séquelles)**

**Demande d'allocation temporaire d'invalidité (ATIACL) :**

- attribution
- sur demande
- révision :
- pour radiation des cadres
- quinquennale
- suite à nouvel événement

**Demande de retraite pour invalidité**

**Demande de majoration spéciale pour tierce personne**

**Demande de retraite d'un fonctionnaire pour conjoint invalide ou pour enfant invalide**

**Demande de pension d'orphelin infirme**

**Questions complémentaires / Observations :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ....., le.....

Signature et cachet de l'autorité

# CONGES MALADIES

## DOCUMENTS À TRANSMETTRE

- Formulaire de saisine dument complété
- La lettre de l'agent sollicitant l'octroi ou le renouvellement du congé demandé (pour le CLM, doit intervenir avant la fin des droits à maladie ordinaire)
- Les arrêtés sur l'attribution et la prolongation du congé en cours
- Certificats médicaux relatifs à l'arrêt de travail (initial et/ou prolongation)
- Certificat Médical du médecin mentionnant que l'état de santé de l'agent est susceptible de justifier le congé demandé ou la prolongation et décrivant précisément l'état de santé de l'agent, la pathologie dont il est atteint et la durée de l'arrêt de travail prévisible, **adressé sous pli confidentiel** au conseil médical.
- Fiche de poste détaillée et actualisée, signée par l'agent et l'autorité territoriale
- Tous les documents médicaux en possession de l'agent, relatifs à la pathologie, et **adressés sous pli confidentiel** au conseil médical (bulletins hospitalisation, résultats de laboratoire, radiologies, prescriptions médicales...)
- Les conclusions de visites de contrôle du médecin agréé effectuées tout au long du congé

### Documents complémentaires :

#### - POUR LE CLM FRACTIONNÉ

- Etat récapitulatif précis du nombre de jours d'arrêt déjà obtenus pour la pathologie au titre du CLM fractionné

#### - POUR LE RECLASSEMENT

- Lettre de l'agent sollicitant son reclassement professionnel
- Avis écrit du médecin de prévention sur le reclassement envisagé
- Description détaillée du poste de travail actuel de l'agent
- Description détaillée du nouvel emploi envisagé

#### - POUR LE CONGÉ MALADIE D'OFFICE

- Rapport hiérarchique justifiant que l'état de santé de l'agent nécessite le placement en congé d'office
- Rapport écrit du médecin de prévention, sous pli confidentiel, exprimant son avis sur la nécessité d'un congé d'office et sur la nature du congé le plus approprié.

# CONGE POUR INVALIDITE TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE

## DOCUMENTS À TRANSMETTRE

**ATTENTION : LES SAISINES DOIVENT ETRE COMPLETES AVEC LES CONCLUSIONS DU MEDECIN AGREE. SANS CE DOCUMENT LE DOSSIER SERA RETOURNE A L'AUTORITE**

- Formulaire de saisine dûment complété
- Fiche de poste détaillée et actualisée, signée par l'agent et l'autorité territoriale
- Déclaration administrative, datée et signée par l'agent
- Rapport hiérarchique
- Les arrêtés d'attribution et de prolongation du congé en cours
- Certificat médical : initial (avec siège et nature des lésions), de prolongation, final, et/ou de rechute
- Rapport détaillé du médecin de prévention (OBLIGATOIRE POUR LES MALADIES PROFESSIONNELLES)
- Expertise médicale réalisée par le médecin agréé
- Eventuellement, déclaration des témoins
- Tous les documents médicaux en possession de l'agent, relatifs aux lésions (bulletins hospitalisation, résultats de laboratoire, radiologies, prescriptions médicales, soins...)
- Les conclusions d'expertise du médecin agréé effectuées tout au long du congé (demander au médecin de transmettre le rapport complet au secrétariat des instances médicales et les conclusions administratives à l'employeur)

### Documents complémentaires :

#### - Pour l'accident de trajet :

- Plan précisant le trajet habituel et la trajet concerné par l'accident
- Horaires de travail
- Eventuellement, le procès-verbal de gendarmerie ou rapport de police
- En cas de détour ou d'interruption dans le trajet, en expliquer les motivations

#### - Pour les maladies professionnelles

- Historique des tâches effectuées par l'agent depuis son entrée dans l'administration
- Pour la maladie professionnelle contractée au service (non désignée dans un tableau), le médecin agréé doit indiquer si la pathologie présentée est susceptible d'entraîner un taux d'incapacité > ou = à 25 %

#### - Pour l'ATI

- Dossier administratif ATIACL (téléchargeable sur [www.cdc.retraites.fr](http://www.cdc.retraites.fr))
- Demande de l'intéressé (sauf en cas de révision quinquennale obligatoire)

#### - Pour la Retraite Invalidité :

- L'attestation de reclassement (téléchargeable sur le site [www.cdc.retraites.fr](http://www.cdc.retraites.fr))
- Rapport médical (AF3 téléchargeable sur [www.cdc.retraites.fr](http://www.cdc.retraites.fr)) complété par le médecin agréé accompagné des pièces médicales
- Si l'agent bénéficie d'une ATI, joindre la copie de la décision d'octroi

#### - Pour la majoration tierce personne :

- Expertise médicale sur le formulaire spécifique de la CNRACL et demande de l'agent.