

NOM et Prénom de l'agent :

## LA PROLONGATION D'ACTIVITÉ DE DEUX ANS

\*\*\*

### PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un courrier indiquant de manière précise l'objet de la saisine,

La demande du fonctionnaire,

L'expertise d'un médecin agréé.

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

---

NOM et Prénom de l'agent :

### Accusé de réception

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**  
avant le \_\_\_\_\_