Annexe 1

FORMULAIRE TYPE DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL FORMATION RESTREINTE DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS DE LA *FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE*

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

COLLECTIVITE : .....

ADRESSE :

.....

.....

☎ : ..... Mail : .....

NOM DU MEDECIN DU TRAVAIL CHARGE DU SUIVI MEDICAL DE L'AGENT CONCERNE :

☐ Docteur JULINET ☐ Docteur CERTAIN ☐ Autres

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

.....

Fait le

A

Signature de l'autorité territoriale
et cachet de la collectivité

PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE

☐ **Lettre manuscrite de l'agent**, précisant la nature du congé demandé, adressée à l'autorité territoriale, sur votre demande

☐ **Copie des arrêts de travail initial et les prolongations (lisible)**

☐ **Certificat médical** du médecin traitant spécifiant que l'agent est susceptible de bénéficier du congé demandé

☐ Le **médecin traitant** établit un résumé de ses observations et précise la pathologie dont souffre l'agent. Ce document est placé sous **pli confidentiel fermé, à l'attention du Médecin Président du Conseil médical**, puis transmis par l'intermédiaire de la Collectivité, dans le respect du secret médical

☐ selon la situation de l'agent, **copie de l'attribution d'une pension d'invalidité délivrée par la C.P.AM.** (pour les agents relevant du régime général)

☐ **Fiche d'option, au choix de l'agent** *(dans le cas d'une prolongation de congé longue maladie article 2) (annexe 3)*

DOSSIER A TRANSMETTRE à :

Monsieur le Président du Conseil Médical en Formation Restreinte
Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale
de la Vienne
Téléport 1 – Avenue du Futuroscope
Arobase 1 - CS 20205
CHASSENEUIL DU POITOU
86962 FUTUROSCOPE Cedex

I - *IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ*

NOM DE FAMILLE : ..... NOM D'USAGE : .....

Prénom :..... N° de téléphone **(impératif)** : .....

Courriel agent : .....

N° de sécurité sociale .....

ADRESSE : .....

.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .../.../..... à .....

II - SITUATION ADMINISTRATIVE

Grade : .....

Affectation : .....

Fonctions actuelles exercées par l'agent : .....

Stagiaire ☐ Titulaire ☐ Contractuel ☐
(cocher la case correspondante)

Date d'embauche : ..... Date de stagiairisation : ..... Date de titularisation : .....

Nombre d'heures hebdomadaires :

Temps non complet : ..... Heures ..... Minutes
(emploi créé pour une durée inférieure au temps complet)

Temps partiel : ..... %
(emploi créé à temps complet, l'agent a été autorisé à travailler à temps partiel)

Autres employeurs : ..... nombre d'heures : .....
Fonctions : .....

III – *EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES DE LA SAISINE INFORMATIONS*

QUESTIONS PRECISES SUR LESQUELLES LA COLLECTIVITE SOUHAITE OBTENIR UN AVIS

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

IV - TYPE DE CONGE MALADIE DEMANDÉ

IMPORTANT :
LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DOIT ETRE FAITE AU MOINS 1 MOIS AVANT L'EXPIRATION DU CONGÉ DÉJÀ ATTRIBUÉ.

A COMPTER DU *(indiquer la date à l'emplacement prévu)*

☐ **DEMANDE D'OUVERTURE D'UN CONGE DE LONGUE MALADIE** fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet de **28 h et plus** hebdomadaires ou un temps partiel

- d'office ...../...../.....
- sur demande de l'agent ..../..../.....

☐ **DEMANDE D'OUVERTURE D'UN CONGE DE LONGUE DUREE** fonctionnaires territoriaux titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet de **28 h et plus** hebdomadaires ou un temps partiel ...../...../.....

☐ **CONGE DE GRAVE MALADIE** fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps non complet de **moins de 28 h** et agents contractuels comptant au moins 3 années de service quel que soit le nombre d'heures effectuées hebdomadairement (agent IRCANTEC) ...../...../.....

☐ **CONGE SANS TRAITEMENT** fonctionnaires territoriaux stagiaires et non titulaire quel que soit le nombre d'heures effectué hebdomadairement ...../...../.....

☐ **TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE** lié à une situation requérant la saisine obligatoire suite à un congé de longue maladie ou un congé de longue durée **d'office**

☐ **TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE :** Contestation des conclusions administratives du médecin agréé. La demande est à l'initiative de l'agent ou de l'autorité territoriale (décret n°2026-705 du 29 juillet 2026).

☐ **DISPONIBILITE D'OFFICE** pour raison de santé, à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie, fonctionnaires territoriaux titulaires effectuant un temps complet, temps partiel ou un temps non complet à compter du ...../...../.....

☐ **RECLASSEMENT** dans un autre emploi, fonctionnaires territoriaux titulaires à temps complet ou temps non complet (moins de 28 h hebdomadaires) ou temps partiel ...../...../.....

☐ **REINTEGRATION** à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée lorsque que le bénéficiaire de ce congé exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières (article 52 du décret 2022-350) ..... /...../.....

☐ **APTITUDE OU INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DEFINITIVE** aux fonctions exercées par l'agent ou à toute fonction, concernant les fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet ou non complet inférieur à 28 h hebdomadaires, ainsi que les agents contractuels quelle que soit leur durée hebdomadaire de service à compter du ...../...../.....

☐ **AUTRE**

V - RELEVE DES CONGES POUR RAISON DE SANTE

TYPE DE CONGÉS	***DATES***
Congés de longue maladie obtenus	....
Congés de longue durée obtenus	....
Congés de grave maladie obtenus	....
Temps partiel thérapeutique obtenu	....
Disponibilité d'office pour raison de santé	....
P.P.R. Reclassement	*Du*.....*au*..... *Du*.....*au*.....

CAS PARTICULIERS

➢ CONGÉ DE LONGUE MALADIE D'OFFICE

C'est la collectivité qui sollicite la mise en congé de longue maladie d'office de l'agent. La mise en congé d'office est une mesure prise pour assurer le bon fonctionnement du service que le comportement d'un fonctionnaire, en raison de son état de santé, peut compromettre. Elle doit donc être ***limitée aux situations d'urgence et appliquée dans le respect des libertés individuelles et en tenant compte du danger que représente pour un malade le fait de prendre brutalement conscience de la gravité de son état.***

Dans ce cas, aux pièces demandées en première page du formulaire de saisine, doivent être ajoutés les rapports suivants :

- Un rapport du supérieur hiérarchique, justifiant que l'état de santé de l'agent semble nécessiter l'octroi d'un congé de longue maladie.
- Un rapport du médecin de travail, apportant des éléments médicaux et professionnels utiles à l'examen de la situation de l'agent.

➢ RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Pièces à fournir :

- Un courrier de l'agent sollicitant le reclassement professionnel
- La fiche de poste avec le descriptif des tâches actuelles exercées par l'agent.
- La fiche de poste proposée pour le nouvel emploi avec le descriptif des tâches envisagées.
- Le rapport du médecin de travail.

MODALITÉS DE RECOURS

En cas de contestation de l'agent de la décision administrative prise à la suite de l'avis du conseil médical, toute demande formulée par l'intéressé(e) doit être largement motivée et circonstanciée.
Deux situations sont à distinguer :

➢ CONTESTATION D'AVIS MEDICAL AUPRES DU CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL

Pièces à fournir :

- saisine de la collectivité,
- lettre motivée de l'agent précisant l'un ou plusieurs points suivants : le déroulement et les circonstances de l'expertise, les conclusions de l'expert, l'avis du Conseil médical, la décision prise par la collectivité.
- certificat médical actualisé.

➢ APPEL AUPRES DU CONSEIL MEDICAL SUPERIEUR

Le recours doit être formé dans un délai de deux mois à compter de la notification de l'avis rendu par le Conseil médical en forrmation restreinte

- Le délai d'instruction par le Conseil médical supérieur est de quatre mois. A défaut d'avis rendu dans ce délai, à compter de la date à laquelle le Conseil médical supérieur dispose du dossier, l'avis du Conseil médical départemental en formation restreinte est réputé confirmé
- L'administration prend une nouvelle décision motivée, au vu de l'avis rendu du Conseil médical supérieur ou, à défaut, à l'expiration du délai de quatre mois.

REGLES DE GESTION DE L'AUTORITE TERRITORIALE

- Dans le cadre d'une prolongation d'un congé de maladie ordinaire, un contrôle est possible à tout moment par l'employeur mais au ***moins une fois au-delà de 6 mois consécutif d'arrêt.*** L'agent sera informé par lettre recommandé avec accusé de réception de son rendez-vous auprès d'un médecin agréé.

- À l'expiration de la période octroyée de congé longue maladie, congé longue durée ou congé grave maladie par le conseil médical, les prolongations d'arrêts seront transmises sur la base d'un certificat médical présenté par l'agent à son employeur.
  L'autorité territoriale peut faire procéder à tout moment à une visite de contrôle du demandeur **par un médecin agréé**. Néanmoins, elle procède à cette **visite au moins une fois par an** consécutifs à ce congé de maladie.
  L'agent qui fait l'objet de cette visite de contrôle doit avoir été prévenu de façon certaine, par courrier recommandé avec avis de réception. Lorsque l'autorité territoriale fait procéder à une visite de contrôle, le fonctionnaire doit se soumettre à la visite du médecin agréé sous peine d'interruption du versement de sa rémunération jusqu'à ce que cette visite soit effectuée.

- La réintégration à expiration des droits à congés pour raison de santé (congé maladie ordinaire, congé longue maladie, congé longue durée, congé grave maladie) : à la reprise à l'expiration ou au cours de la période accordée (à temps complet ou temps partiel thérapeutique) intervient à la suite de la transmission par l'intéressé à l'autorité territoriale d'un certificat médical d'aptitude à la reprise, présenté par l'agent à son employeur, dûment complété par son médecin généraliste.

- Toute contestation d'avis par l'employeur ou l'agent : saisine du Conseil médical départemental en formation restreinte.