

Collectivité :

Dossier suivi par : M

Coordonnées :

Saisine du conseil médical formation plénière

**OBJET : OCTROI D'UN CONGE DE MALADIE A CAUSE
EXCEPTIONNELLE
- ACTE DE DEVOUEMENT -**

RENSEIGNEMENT SUR L'AGENT

NOM : Nom de jeune fille : Prénom :

Date de Naissance :

Adresse personnelle de l'agent :

Adresse mail de l'agent :

FONCTIONNAIRE TITULAIRE ☐ FONCTIONNAIRE STAGIAIRE ☐ (Cocher la case correspondante)

Grade actuel :

Date de l'acte :

PIECES JOINTES

- ☐ Courrier de l'autorité territoriale indiquant l'objet de la saisine et les questions précises pour lesquelles il est nécessaire d'avoir un avis,
- ☐ Déclaration d'accident de l'autorité territoriale (voir imprimé du Centre de Gestion),
- ☐ Déclaration d'accident de l'agent concerné, datée et signée,
- ☐ Déclaration du témoin, daté et signé (dans le cas où il y aurait plusieurs témoins, chacun d'entre eux devra faire une déclaration),
- ☐ Rapport hiérarchique sur le bien-fondé de la demande (Il appartient à l'employeur de s'assurer de la réalité des faits),
- ☐ Copie du certificat médical initial (1^{er} volet),
Le cas échéant, copie(s) de : ☐ certificat(s) de prolongation
☐ certificat final
- ☐ Toute pièce que la collectivité ou l'agent jugera utile de fournir afin d'éclairer l'avis des membres du conseil médical formation plénière

DATE DE TRANSMISSION DU DOSSIER :