

Collectivité : .....

Dossier suivi par : M.....

Coordonnées : .....

# Saisine du conseil médical formation plénière

## **OBJET : IMPUTABILITE DES ARRETS ET DES PROLONGATIONS D'ARRETS**

### RENSEIGNEMENTS 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 la déclaration de la maladie ou de l'accident : .....

### 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,
- Copie du ou des Procès-Verbal (aux) du (des) Conseil(s) médical(aux) précédent(s),
- Rapport d'expertise d'un médecin agréé, sous pli confidentiel mentionnant le nom et la collectivité de l'agent,
- Certificat médical initial du médecin traitant de l'agent (généraliste ou spécialiste)
- Copie des arrêts de travail
- 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 : .....