



Collectivité : .....

Dossier suivi par : M .....

Coordonnées : .....

# Saisine du conseil médical formation plénière

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

## 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 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<sup>er</sup> 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 : .....