

**Modèle de lettre de mission d'un médecin agréé
(à adapter en fonction de la demande)**

Objet : Expertise médicale

Docteur,

Dans le cadre des dispositions du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987*, l'autorité territoriale doit faire procéder au moins une fois par an, à un examen médical de son agent, par un médecin agréé, pour un avis sur la prolongation des congés de maladie ordinaire (CMO), le renouvellement de congé de longue maladie (CLM), congé de longue durée (CLD), congé de grave maladie (CGM)

A ce titre, je vous remercie de bien vouloir examiner le (**date du RDV**)

Mr/Mme : _____

Né(e) le : _____

Adresse : _____

L'agent a bénéficié des congés suivants :

Type de congé pour raison de santé	du	au	durée

et demande le renouvellement de ce congé pour une période de : 3 mois 6 mois Autre _____

à compter du _____

Vous trouverez ci-joint l'ensemble des éléments vous permettant de vous prononcer sur la situation de cet agent. Merci de bien vouloir compléter, le plus précisément possible, les conclusions ci-dessous, en vous rappelant qu'il vous appartient de respecter le secret médical ; en conséquence vous n'avez à fournir à l'autorité territoriale que vos conclusions administratives et statutaires telles qu'indiquées ci-après.

CLM CLD CGM CMO justifiés Autres _____

Renouvellement CLM Refus Accord Durée : 3 mois 6 mois

Renouvellement CLD Refus Accord Durée : 3 mois 6 mois

Renouvellement CGM Refus Accord Durée : 3 mois 6 mois

La demande de renouvellement est-elle effectuée au titre de la même affection que celle pour laquelle la période précédente a été accordée ?

Affection identique

Affection différente

CMO justifiés (> 6mois) Refus Accord Durée : du _____ au _____

Reprise à temps plein Refus Accord A compter du _____

Temps partiel thérapeutique Refus Accord Durée : 3 mois Autre _____

Quotité : _____ %

.../...

* Décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux.

Aptitude à ses fonctions (*intitulé du poste*)

Non

Oui

Aptitude à son grade (*grade*)

Non

Oui

Inaptitude temporaire à ses fonctions (*poste*)

Non

Oui

Inaptitude définitive à ses fonctions (*poste*)

Non

Oui

Inaptitude définitive à son grade (*grade*)

Non

Oui

↳ Reclassement

Non

Oui

Restrictions / type de poste : _____

Inaptitude définitive à toutes fonctions

Non

Oui

Date,

Docteur

(cachet et signature)

Signature de l'autorité territoriale