

Modèle de demande de l'agent

Nom Prénom :

Le.....

Adresse :

N° de téléphone :

Courriel :

Monsieur Le Maire (ou Président)

Collectivité :

Objet : Saisine du conseil médical (formation restreinte)

Monsieur le Maire (ou Président),

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais au conseil médical (formation restreinte) afin que cette instance se prononce sur :
(cocher la case ou les cases correspondante(s) à la demande)

► Demande de congé pour raison de santé :

- | | |
|--|--|
| ☐ congé de longue maladie : | ☐ octroi |
| | ☐ renouvellement (à l'épuisement des droits à plein traitement) |
| ☐ congé de longue durée | ☐ octroi |
| | ☐ renouvellement (à l'épuisement des droits à plein traitement) |
| ☐ congé de grave maladie | ☐ octroi |
| | ☐ renouvellement (à l'épuisement des droits à plein traitement) |

à compter du ou pour la période du au

► Autres demandes

- ☐ Réintégration à l'issue d'un congé pour raison de santé, à compter du
- ☐ Reclassement dans un autre emploi pour des raisons de santé
- | | |
|--|---|
| ☐ Disponibilité d'office pour raison de santé | ☐ octroi |
| | ☐ renouvellement |
| | ☐ réintégration |

à compter du ou pour la période du au

☐ Autres (préciser):

Vous trouverez ci-joint le certificat médical de mon médecin **sous pli confidentiel** ainsi que toute pièce utile à l'examen de mon dossier.

Veuillez agréer, Monsieur le Maire (ou Président), l'expression de mes salutations distinguées.

Signature de l'agent