

Tours, le

à

Monsieur le Président du
Centre de Gestion d'Indre et Loire
Secrétariat du Comité Médical
25 rue du rempart
CS 14135
37041 TOURS Cedex

Affaire suivie par

Tél. :

Courriel :

Dossier de M. / Mme (Nom de l'agent)

.....

Objet : Saisine du Comité Médical Départemental

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous transmettre le dossier de :

Mme/M.....

.....

Né(e) le.....

Emploi/Grade

afin que le Comité Médical se prononce sur **(cocher la case ou les cases correspondante(s) à la demande) :**

Congé de **MALADIE ORDINAIRE**

Prolongation au-delà de 6 mois consécutifs

Réintégration après 12 mois consécutifs

Congé de **LONGUE MALADIE**

Attribution

Renouvellement

Réintégration

Congé de **LONGUE DURÉE**

Attribution

Renouvellement

Réintégration

Congé de **GRAVE MALADIE**

- Attribution
- Renouvellement
- Réintégration

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

- Attribution
- Renouvellement
- Renouvellement

REPRISE PARTIELLE D'ACTIVITÉ POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE

- Attribution
- Renouvellement

RECLASSEMENT

- dans un autre emploi
- dans un autre grade ou cadre d'emploi

DISPONIBILITÉ D'OFFICE pour maladie (à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie)

- Attribution
- Renouvellement
- Réintégration

CONGÉ SANS TRAITEMENT pour maladie (à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie)

- Attribution
- Renouvellement
- Réintégration

Autre situation :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vous trouverez, ci-joint, le formulaire type de saisine, ainsi que les pièces médicales constitutives du dossier, **sous pli confidentiel**.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.