|  |  |
| --- | --- |
| **CENTRE DE GESTION DE DRÔME**  |  |
| **SECRÉTARIAT DU CONSEIL MEDICAL DÉPARTEMENTAL**260, Rue du Toueur - Ile Girodet CS 50108 - 26501 BOURG-LES-VALENCE CEDEX |   |
| Courriel formation restreinte : cm.restreint@cdg26.fr - Tél : 06 20 91 82 04 Courriel formation plénière : cm.pleniere@cdg26.fr - Tél : 06 03 91 63 36  |  |

Toutes les pages doivent être envoyées

# Identification de l’employeur

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la collectivité/établissement :**appuyez ici pour entrer du texte.**Adresse :** appuyez ici pour entrer du texte.appuyez ici pour entrer du texte. | **Affaire suivie par :** appuyez ici pour entrer du texte.**Ligne directe :** appuyez ici pour entrer du texte.**Mail :** appuyez ici pour entrer du texte. |

# Identification de l’agent

|  |  |
| --- | --- |
| **Civilité :** Choisissez un élément.**Nom :** texte.**Nom de jeune fille :** texte.**Prénom :** texte.**Date de naissance :** date.**Adresse :** texte.**Téléphone :**.**/**.**/**.**/**.**/**.**Mail personnel (obligatoire) :**texte. | **N° de Sécurité Sociale :** texte.**Nom du médecin traitant :** texte.**Médecin de prévention :** texte.**Nom :** texte.**Adresse :** texte.**Téléphone (obligatoire si pas médecin du CDG26) :** .**/**.**/**.**/**.**/**.**Mail (obligatoire si pas médecin du CDG26) :**texte. |

# Situation administrative de l’agent

Grade :texte. Catégorie (A, B, C) : texte.

Service : texte.

Poste(s) actuel(s) exercé(s) par l'agent : texte.

|  |
| --- |
| **Statut :**Choisissez un élément. |
| **Date de mise en stage, titularisation :**date.  |  |  |
| **Nombre d'heures hebdomadaires :**. **Temps de travail :** Choisissez un élément. |

**Autres employeurs *(y compris dans le privé)* :
- Nom** : texte. Nombre d'heures/semaine : texte. Fonctions : texte.

**- Nom** : texte. Nombre d'heures/semaine : texte. Fonctions : texte.

# Relevé des congés déjà obtenus

|  |  |
| --- | --- |
| **TYPES DE CONGÉS** | **DATES** |
| Congés de maladie ordinaire obtenus (période de congé déjà obtenue sur les douze derniers mois) | texte. |
| Congés de longue maladie obtenus | texte. |
| Congés de longue durée obtenus | texte. |
| Temps partiel pour raison thérapeutique obtenus | texte. |
| Disponibilité d’office pour maladie obtenue | texte. |
| Congés de grave maladie obtenus | texte. |
| Congés pour Invalidité Temporaire Imputable au Service (CITIS). Préciser si AS, AT ou MP. | texte. |
| Congés pour acte de dévouement | texte. |

# Observations permettant d’éclairer les avis du Conseil Médical

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

# Nature de la saisine (cocher la ou les cases concernées)

**FONCTIONNAIRES AFFILIÉS A LA CNRACL**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **CONGÉ DE LONGUE MALADIE (CLM)** |  [ ]  **D’OFFICE ?** |
| [ ]  Octroi | [ ]  Renouvellement après épuisement des droits à plein traitement (1 an)  |  [ ]  Ultime période [ ]  Replacement \* |
|  |  |  |
| **À compter du :** texte.  |  |
| *(\*si l’agent a déjà bénéficié d’un CLM, qu’il n’a pas épuisé ses droits et que sa reprise d’activité n’a pas dépassé 12 mois continus)* |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  [ ]  **CONGÉ DE LONGUE DURÉE (CLD)**  [ ]  **D’OFFICE ?**   |   |
|  [ ]  Octroi | [ ] Renouvellement après épuisement des droits [ ]  Ultime période à plein traitement (3 ans) |  [ ]  Replacement \* |
|  |  |  |
| **À compter du :** texte. |  |
| *(\*si l’agent a déjà bénéficié d’un CLD pour la même pathologie et qu’il n’a pas épuisé ses droits)* |

|  |
| --- |
|  [ ]  **CONGÉ LONGUE MALADIE FRACTIONNÉ** [ ]  **CONGÉ LONGUE DURÉE FRACTIONNÉ** |
|  [ ]  Octroi | [ ] Renouvellement après épuisement des droits [ ]  Ultime période [ ]  Replacement \*à plein traitement   |
| **À compter du :**texte.  |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **RÉINTÉGRATION/ APTITUDE :** |  |
| [ ] Après 12 mois consécutifs de CMO[ ]  À l’expiration des droits à CLM  | [ ]  À l’issue d’une période de CLM ou CLD pour des fonctions qui exigent des conditions de santé particulière (liste en attente de parution)[ ]  Dans le cadre d’un CLM/ CLD d’office |
| [ ]  À l’expiration des droits à CLD[ ]  À l’expiration des droits à DORS ou  d’un congé sans traitement | [ ] À l’issue d’une période de DORS ou d’un congé sans traitement |

|  |
| --- |
| [ ]  **TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE** * à l’expiration des droits statutaires à congé de maladie ordinaire ou à l’issue d’une période de CLM, CLD ou DORS),
 |
|  |  |
| [ ] **Octroi** **(si la demande est formulée conjointement à une demande de réintégration après un congé de maladie qui nécessite l’avis du CMFR)** |  |  |  |
|  |  |  |
| **À compter du :** texte. |  |

|  |
| --- |
| [ ]  **DISPONIBILITÉ D’OFFICE POUR RAISON DE SANTÉ** ou [ ]  **CONGÉ SANS TRAITEMENT**  **(Agents stagiaires/ droits limités à 2 ans)**(à l’expiration des droits statutaires à congé de maladie (CMO, CLM, CLD))  |
| [ ] Octroi  | [ ] Renouvellement |
|  |  |
| **À compter du :**texte. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

# Nature de la saisine (cocher la ou les cases concernées)

**FONCTIONNAIRES AFFILIÉS A LA CNRACL**

[ ]  **RECLASSEMENT DANS UN AUTRE EMPLOI SUITE À UNE ALTÉRATION DE L’ÉTAT DE SANTÉ DU FONCTIONNAIRE**

|  |
| --- |
| [ ]  **CONTESTATION AVIS MÉDECIN AGRÉÉ (Délai de 2 mois)** [ ]  Par l’agent [ ]  Par l’employeur[ ]  Admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières[ ]  Visite de contrôle dans le cadre d’un CMO/CLM/CLD/CGM/CITIS [ ]  Renouvellement d'un congé pour raison de santé (CLM/CLD/CGM/CITIS)[ ]  Réintégration à l'issue d'un congé pour raison de santé (CLM/CLD/CGM/CITIS)[ ]  Octroi d’un temps partiel thérapeutique [ ]  Renouvellement d’un temps partiel thérapeutique [ ]  Avis discordant sur la durée du temps partiel thérapeutique[ ]  Avis discordant sur la quotité du temps partiel thérapeutique[ ]  Avis discordant sur la justification du temps partiel thérapeutique[ ]  Réintégration après une disponibilité supérieure à 3 mois des agents dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières[ ]  **OCTROI DU CONGÉ ACCORDÉ AUX FONCTIONNAIRES RÉFORMÉ(ES) DE GUERRE**  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Nature de la saisine (cocher la ou les cases concernées)

[ ]  **Imputabilité au service d’un ACCIDENT DE SERVICE, survenu le :** entrer du texte.

 [ ]  Il existe une faute personnelle de l’agent (détailler laquelle, ci-dessous)

 [ ]  Il existe une circonstance particulière de nature à détacher l’accident du service (détailler laquelle, ci-dessous)

[ ]  **Imputabilité au service d’un ACCIDENT DE TRAJET,** **survenu le :** entrer du texte.

 [ ]  Il existe un fait personnel de l’agent de nature à détacher l’accident de trajet du service

 (détailler lequel, ci-dessous)

 [ ]  Il existe une circonstance particulière étrangère aux nécessités de la vie courante de nature à détacher l’accident

 de trajet du service (détailler laquelle, ci-dessous)

[ ]  **Imputabilité** **au service d’une** **MALADIE CONTRACTEE EN SERVICE,**

 **• déclarée le** entrer du texte.• **1ère constatation le** entrer du texte.

 [ ]  Désignée dans un tableau des maladies professionnelles, mais :

 [ ]  Délai de prise en charge non respecté

 [ ]  Durée d’exposition non respectée

 [ ]  Liste limitative des travaux ne correspond pas

[ ]  Non désignée dans un tableau des maladies professionnelles

[ ]  Imputabilité d’une rechute au titre d’un accident de service, de Trajet, d’une maladie professionnelle ou contractée en service.

[ ]  Octroi d’un congé pour blessure en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public ou en exposant ses jours pour sauver la vie d’une ou plusieurs personne(s).

[ ]  Octroi des prestations et indemnisation des Sapeurs-pompiers volontaires (SPV), suite à un accident ou une maladie imputable au service (appréciation de la réalité des infirmités, leur imputabilité au service, les conséquences ainsi que le taux d’invalidité qu’elles entraînent).

# Nature de la saisine (cocher la ou les cases concernées)

[ ]  Demande d’Allocation Temporaire d’Invalidité (ATI) :

 [ ]  Attribution 1ère concession [ ]  Révision quinquennale [ ]  Révision nouvel accident

 [ ]  Révision sur demande [ ]  Révision radiation des cadres

[ ]  Reconnaissance de l’impossibilité définitive et absolue **du stagiaire** d’exercer ses fonctions en raison d’infirmités résultant de blessures ou maladies contractées en service (avant procédure de licenciement pour inaptitude physique imputable au service, par la collectivité).

[ ]  Retraite pour invalidité

[ ]  Majoration spéciale pour l’assistance d’une tierce personne

[ ]  Pension d’orphelin infirme à la charge d’un fonctionnaire

[ ]  Pension de veuf invalide

# Observations permettant d’éclairer les avis du Conseil Médical

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**⮚Tout dossier de saisine doit être complet avant envoi**

**⮚L’envoi doit se faire par voie postale.**

La collecte de ces données est organisée et gérée par le responsable de traitement qui est en charge d’informer les agents de la diffusion de leurs données

Les informations recueillies sur ce formulaire sont collectées pour l’instruction des dossiers médicaux par le Centre de Gestion de la Drôme, pour la commission de réforme. Ces informations font l’objet d’un traitement informatisé, sont destinées à la cellule Santé au travail du CDG26 et sont conservées durant 90 ans à partir de la date de naissance de l’agent pour les collectivités affiliées ou pour la durée de validité de la convention pour les collectivités non-affiliées, puis éliminées.

Conformément au Règlement Général de la Protection des Données en vigueur depuis le 25 mai 2018 et selon la législation en cours, les agents peuvent exercer leurs droits d’accès, d’opposition, de modification, de rectification et d’effacement de leurs données personnelles en contactant service responsable de la collecte de ces données.

Fait le : A : Signature de l'autorité territoriale et Cachet de la collectivité