|  |  |
| --- | --- |
| **CENTRE DE GESTION DE DRÔME**  |  |
| **SECRÉTARIAT DU CONSEIL MEDICAL DÉPARTEMENTAL –** **FORMATION RESTREINTE**260, Rue du Toueur - Ile Girodet CS 50108 - 26501 BOURG-LES-VALENCE CEDEX |  |
| Courriel : cm.restreint@cdg26.frTél : 06 20 91 82 04  |  |



**▶ Avant de compléter le formulaire, vous devez impérativement lire la notice explicative**

# Identification de l’employeur

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

|  |  |
| --- | --- |
| Fais-le :texte. à :texte.  | Signature de l'autorité territoriale et cachet de la collectivité |

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 le conseil médical. Elles font l’objet d’un traitement informatisé, sont destinées à la cellule Santé au travail du CDG26, transmis au conseil médical supérieur 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 le service responsable de la collecte de ces données.

# Identification de l’agent

|  |  |
| --- | --- |
| **Civilité :** Choisissez un élément.**Nom :** texte.**Nom de jeune fille :** texte.**Prénom :** texte.**Date de naissance :** texte.**/**texte.**/**texte.**Adresse :** texte.**Téléphone :** texte.**/**texte.**/**texte.**/**texte.**/**texte.**Mail :** texte. | **N° de Sécurité Sociale :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Nom du médecin traitant :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Nom du médecin de prévention :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

# Situation administrative de l’agent

Grade : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Service : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Poste(s) actuel(s) exercé(s) par l'agent : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |
| --- |
| **Statut :**Choisissez un élément. |
| **Date de mise en stage, titularisation ou début du contrat :**texte.  |  |  |
| **Nombre d'heures hebdomadaires :**texte. **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. |

# Observations permettant d’éclairer les avis du Conseil Médical

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

**FONCTIONNAIRES AFFILIÉS À L’IRCANTEC**

# Type de congé maladie demandé

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

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **CONGÉ DE GRAVE MALADIE (CGM)**  | [ ]  **D’OFFICE ?** |
| [ ]  Octroi | [ ]  Renouvellement après épuisement [ ]  Ultime période des droits à plein traitement (1 an) (3 derniers mois) |  [ ]  Replacement \* |
|  |  |  |
| **À compter du :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  |  |
| *(\*si l’agent a déjà bénéficié d’un CGM, qu’il n’a pas épuisé ses droits et que sa reprise d’activité n’a pas dépassé 12 mois continus)* |

 |
|  |

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

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

[ ]  **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/CGM [ ]  Renouvellement d'un congé pour raison de santé (CGM)[ ]  Réintégration à l'issue d'un congé pour raison de santé (CGM)[ ]  Réintégration après une disponibilité supérieure à 3 mois des agents dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières |

**AGENTS CONTRACTUELS**

# Type de congé maladie demandé

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **CONGÉ DE GRAVE MALADIE (CGM)**  | [ ]  **D’OFFICE ?** |
| **(Avoir au moins 3 ans d’ancienneté dans la même collectivité)** |
|  |
| [ ]  Octroi | [ ]  Renouvellement après épuisement des droits à plein traitement (1 an) |  [ ]  Replacement\*  |
|  |
| **À compter du :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *(\*si l’agent a déjà bénéficié d’un CGM, qu’il n’a pas épuisé ses droits et que sa reprise d’activité n’a pas dépassé 12 mois continus)* |

|  |
| --- |
| [ ]  **RÉINTÉGRATION/ APTITUDE** [ ]  àl’issue d’un congé de grave maladie sur des fonctions qui nécessitent des conditions de santé particulières (liste en attente de parution)[ ]  à l’expiration des droits à congé grave maladie  |
|  |
| **À compter du :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**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/CGM

[ ]  Renouvellement d'un congé pour raison de santé (CGM)

[ ]  Réintégration à l'issue d'un congé pour raison de santé (CGM)