

CERTIFICAT MEDICAL

(à compléter par le médecin ou spécialiste EN INTEGRALITE*)

en vue d'un congé de longue maladie ou d'un congé de longue durée ou d'une reprise à temps partiel thérapeutique
(arrêté du 14 mars 1986 relatif à la liste des maladies ouvrant droit à l'octroi de congé de longue maladie, art. 57-3° de la loi 84-53 du 26 janvier 1984)

Pour la demande initiale d'un CLM ou d'un CLD, une expertise auprès d'un médecin agréé peut être exigée par le secrétariat du comité médical

NOM de naissance :	Prénom :		
Nom marital :			
Date de naissance :			
Emploi occupé :			
Collectivité :			
MOTIF DE LA DEMANDE			
Nature du congé demandé :			
<input type="checkbox"/> CLM Continu	<input type="checkbox"/> Première demande	<input type="checkbox"/> Renouvellement	Durée :
<input type="checkbox"/> CLM Fractionné	<input type="checkbox"/> Première demande	<input type="checkbox"/> Renouvellement	Durée :
<input type="checkbox"/> Grave maladie	<input type="checkbox"/> Première demande	<input type="checkbox"/> Renouvellement	Durée :
<input type="checkbox"/> CLD	<input type="checkbox"/> Première demande	<input type="checkbox"/> Renouvellement	Durée :
Nature de la reprise demandée :			
A compter du :			
<input type="checkbox"/> Temps partiel thérapeutique	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 70%
	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 90%	Durée :
<input type="checkbox"/> Temps Plein			

En cas de demande de CLM /CLD /Grave maladie:

La maladie met l'intéressé(e) dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
La maladie rend nécessaire un traitement et des soins prolongés :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
La maladie présente un caractère invalidant et de gravité confirmée :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

EN CAS DE DEMANDE DE REPRISE A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE :

La reprise du travail à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'agent :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
L'agent doit faire l'objet d'une rééducation :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
L'agent doit faire l'objet d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

ETAT CLINIQUE

Taille :

Poids :

TA :

Histoire de la maladie :

Date des premiers symptômes en lien avec la demande actuelle :

Etat général :

Nature des troubles :

Examen clinique:

Autre(s) maladie(s) sur-ajoutée (s) :

<u>Suivi spécialisé :</u>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---------------------------	------------------------------	------------------------------

Fréquence du suivi spécialisé:

Hebdomadaire :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Mensuelle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AUTRE (préciser) :		

Coordonnée(s) du ou des Médecins spécialistes :

TRAITEMENT ACTUEL

Médical-

Chirurgical

Autres (kinésithérapie, psychothérapie...)

CONCLUSIONS

Fait à

le

Signature,

CACHET

CONFIDENTIEL : A ENVOYER SOUS PLI CACHETE

A l'adresse suivante :

**Centre de gestion de l'Eure
COMITE MEDICAL
10 Bis rue du Dr Michel BAUDOUX
BP 276
27 002 EVREUX
Tel : 02.32.30.35.17**

*Tout certificat incomplet nécessitera un retour pour complément.