Monsieur,

Vous êtes actuellement en arrêt maladie depuis le …

Le statut de la fonction publique Territoriale permet aux fonctionnaires en activité à des droits à congés de longue maladie (CLM), de grave maladie (CGM pour les titulaires de – de 28h ou les contractuels depuis plus de 3 ans) ou de longue durée (CLD) dans les cas où il est constaté que la maladie :

• met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, de façon temporaire.

• rend nécessaire un traitement et des soins prolongés,

• présente un caractère invalidant et de gravité confirmée.

La liste indicative des affections susceptibles d'ouvrir droit au congé de longue maladie, grave maladie ou de longue durée est fixée par l’arrêté du 14/03/1986.

La réglementation applicable prévoit pour les fonctionnaires à temps complet ou temps non complet représentant au moins 28 heures hebdomadaires

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Types de congésde maladie | Durée de congésmaximale | Rémunérationà plein traitement | Rémunération à1/2 traitement | Formalités à accomplir |
| Maladie ordinaire | 12 moisconsécutifs | 3 mois | 9 mois | Transmission du certificatmédical d'arrêt de travail dansles 48 heures. |
| Longue maladieCLM/ Grave maladie | 3 ans | 1 an | 2 ans | Certificat médical du médecintraitant + Lettre de demandede CLM ou CLD adressés àl’autorité territoriale qui saisirapour avis le Comité médicaldépartemental. |
| Longue durée CLD | 5 ans | 3 ans | 2 ans |

A ce document est joint un modèle de certificat médical à faire compléter par votre médecin et à nous retourner, **SOUS PLI CONFIDENTIEL, quelle que soit votre demande**.

Vous trouverez également un modèle de lettre à compléter par vos soins et à nous transmettre.

Pour information sans demande de votre part ou sans réponse de votre part dans **un délai de 15 jours à réception du présent courrier**, la collectivité devra saisir l’avis du comité médical pour la prolongation d’arrêts en maladie ordinaire au-delà de six mois consécutifs. A cet effet, le certificat médical devra nous être retourné, **sous pli confidentiel**, complété par votre médecin traitant.

Veuillez agréer, Monsieur, l’assurance de mes salutations.

 Signature

Modèle lettre de demande de l’agent

Nom, prénom

Adresse

Téléphone

Grade, emploi

Monsieur le

Maire (ou Monsieur le

Président)

Collectivité

Adresse

CP VILLE

A, le...........................

Objet: Saisine du Comité Médical Départemental

Monsieur le Maire (ou Président),

J’ai l’honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais au Comité Médical Départemental, afin que cette instance émette un avis sur:

* un congé de maladie ordinaire au-delà des 6 mois consécutifs d’arrêts maladie (CMO)
* un congé de longue maladie sur demande (CLM)
* un congé de longue durée (CLD)
* un congé de grave maladie (CGM)
* un temps partiel pour raison thérapeutique après un CMO ou un CLM, ou un CLD
* une disponibilité d’office pour maladie à l’expiration des droits statutaires à congé de maladie
* l’aptitude ou l’inaptitude physique totale et définitive aux fonctions ou à toutes fonctions
* l’aptitude à la reprise à plein temps avec ou sans aménagement de poste
* le reclassement dans un autre emploi
* la réintégration après 12 mois consécutifs de congé maladie ordinaire, à l’issue d’un congé longue maladie, ou longue durée, d’un congé grave maladie, d’un temps partiel pour raison thérapeutique
* autres situations

(ex. : aménagement des conditions de travail, etc. ...)

.......................................................................................................................................................................................à compter du...................................................

ou pour la période du...........................................au.................................................................

Vous trouverez ci-joint le certificat médical de mon médecin (accompagné d’un rapport sous

pli confidentiel, le cas échéant), ainsi que toute pièce utile à l’examen de mon dossier.

Vous en souhaitant bonne réception,

Je vous prie de croire, Monsieur le Maire (ou Monsieur le Président), à l’assurance de ma considération la meilleure.

Signature de l’agent.

***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 :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * **CLM Continu**
 | * Première demande
 | * Renouvellement
 | Durée : |
| * **CLM Fractionné**
 | * Première demande
 | * Renouvellement
 | Durée : |
| * **Grave maladie**
 | * Première demande
 | * Renouvellement
 | Durée : |
| * **CLD**
 | * Première demande
 | * Renouvellement
 | Durée : |

**Nature de la reprise demandée :**

|  |
| --- |
| **A compter du :** |
| * **Temps partiel thérapeutique**
 | * 50%
 | * 60%
 | * 70%
 | * 80%
 | * 90%
 | Durée : |
| * **Temps Plein**
 |

 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La maladie met l’intéressé(e) dans l’impossibilité d’exercer ses fonctions : | * OUI
 | * NON
 |
| La maladie rend nécessaire un traitement et des soins prolongés :  | * OUI
 | * NON
 |
| La maladie présente un caractère invalidant et de gravité confirmée : | * OUI
 | * 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 : | * OUI
 | * NON
 |
| L’agent doit faire l’objet d’une rééducation :  | * OUI
 | * NON
 |
| L’agent doit faire l’objet d’une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé : | * OUI
 | * NON
 |
| ETAT CLINIQUETaille : 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) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Suivi spécialisé :  | * OUI
 | * NON
 |

**Fréquence du suivi spécialisé:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hebdomadaire :  | * OUI
 | * NON
 |
| Mensuelle  | * OUI
 | * NON
 |
| AUTRE (préciser) : |  |

Coordonnée(s) du ou des Médecins spécialistes : |
| TRAITEMENTACTUEL**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.