Modèle de Courrier pour choix du médecin à l’issue de la fin de période de congé maladie

Nom de la collectivité A......, le .......

Adresse de la collectivité

Code Postal …Ville….

 Madame/Monsieur

 N° rue.....

 Code Postal .............Ville

**OBJET** : **Choix de votre médecin à la fin de période de congé de maladie**

**PJ : Certificat médical de reprise d’un médecin (Annexe 7)**

 **Attestation médicale d’un médecin pour prolongation des droits à congé de Grave maladie-Longue Maladie-Longue durée (Annexe 8)**

Madame/Monsieur,

Vous êtes en arrêt de :

* **Maladie ordinaire**
* **Congé de longue maladie**
* **Congé de grave maladie**
* **Congé de longue Durée**

**Depuis le ....jusqu’au....**

A l’issue, il convient que votre médecin opte pour :

* Une reprise à la date du (inscrire le lendemain de la fin de période de congé maladie)

**Faire compléter le Certificat médical de reprise d’un médecin (Annexe 7)**

Ou

* Une prolongation de votre congé de maladie

**Faire compléter l’attestation médicale d’un médecin pour prolongation des droits à congé de Grave maladie-Longue Maladie-Longue durée (Annexe 8)**

Vous devrez donc nous faire parvenir l’annexe correspondante au choix de votre médecin.

Dans cette attente, je vous prie d’agréer, Madame/Monsieur, l’expression de mes sincères salutations.

 Signature de

 l’autorité territoriale,

 Certificat médical de reprise

Identification du médecin : Nom/Prénom……………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………

N° RPPS : ……………………………………………………………………………………

Patient(e) : Nom /Prénom : ………………………………………………………………… né(e) le ………../………/………………………..

Par la présence, j’atteste que le patient, cité ci-dessus, pourra, à compter du............

* 1- reprendre son travail à temps plein.
	+ Sans restriction de poste
	+ avec les restrictions de poste suivantes :
* 2- reprendre son travail à temps partiel thérapeutique à :
	+ 50%
	+ 60%
	+ 70%
	+ 80%
	+ 90%

pour .....mois. (3 mois maximum)

* + Sans restriction de poste
	+ avec les restrictions de poste suivantes :

À …………………………… Le ……./….…/……………………..

Signature du médecin/cachet

 Attestation médicale d’un médecin pour prolongation des droits à congé de Grave maladie/Longue Maladie/Longue durée.

Identification du médecin : Nom/Prénom : ………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………

N° RPPS : ………………………………………………………………………………

Patient(e) : Nom /Prénom : ………………………………………………………………… né(e) le ………../………/………………………..

Par la présente, j’atteste que le patient, cité ci-dessus, souffre toujours de la pathologie ayant ouvert le droit à un congé de Grave maladie/Longue Maladie/Longue Durée et nécessite la poursuite de son arrêt pour …….mois *(période de 3 à 6 mois maximum).*

A la fin de cette période :

* 1- l’agent pourra reprendre son travail à temps plein.
	+ Sans restriction de poste
	+ avec les restrictions de poste suivantes :
* 2- devra reprendre son travail à temps partiel thérapeutique à :
	+ 50%
	+ 60%
	+ 70%
	+ 80%
	+ 90%

pour .....mois. (3 mois maximum)

* + Sans restriction de poste
	+ avec les restrictions de poste suivantes :
* 3- nécessitera un réexamen de sa situation pour une éventuelle prolongation.

À …………………………… Le ……./….…/……………………..

Signature du médecin/cachet