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