Modèle lettre médecin agréé pour contrôle médical

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

Adresse de la collectivité

Code Postal …Ville….

Docteur

N° rue.....

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

Objet : Contrôle médical

PJ : Rapport autorité territorial (Annexe 11)

Docteur,

Vous allez recevoir en consultation, le (date et heure du RDV), Mr /Mme en raison d’un contrôle, dans le cadre du décret 87-602 du 30 Juillet 1987, au titre de :

* Prolongation d’un arrêt maladie ordinaire au delà de 6 mois consécutifs
* Prolongation d’un Congé de Longue Maladie (CLM)
* Prolongation d’un Congé de Grave Maladie (CGM)
* Prolongation d’un Congé de Longue Durée (CLD)
* La justification des prolongations d’arrêts

La fin de période d’arrêt est le....(date)

Je vous serais reconnaissant(e) de répondre aux questions suivantes au vu de notre rapport (Joindre le rapport de la collectivité pour le médecin agréé-Annexe 11)

A ce titre :

**L’arrêt prescrit est-il toujours justifié ?**

Oui  Non

**L’arrêt doit-il être prolongé au-delà de la date de fin d’arrêt ?**

Oui  Non

Si oui, quelle est la durée prévisible de la prolongation :

**En cas de reprise l’agent est-il apte à son poste ?**

Oui  Non

**Si oui, doit-il** **bénéficier d’un aménagement de poste ?**

* + Si oui, lequel (horaire, matériel, ergonomique...) ?

**L’agent peut-il reprendre son travail à temps plein ?**

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

**L’agent peut-il 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 :

Je vous joins copie des éléments en ma possession. (Rapports de la collectivité, avis du médecin de prévention, fiche de poste avec aménagements ou tout autre élément pouvant aider le médecin à comprendre la motivation de votre demande…)

Pour information, l’agent doit se présenter **OBLIGATOIREMENT** à cette visite, en possession du certificat médical du médecin (Annexe 1) détaillé de son médecin traitant.

Je mettrai en paiement votre consultation, dès réception de vos conclusions administratives et de votre feuille d’honoraire à :

Indiquer le service et l’adresse de la collectivité

Vous pouvez également adresser vos observations cliniques et vos conclusions, sous pli confidentiel au :

Indiquer l’adresse du service de médecine préventive

Avec mes remerciements, je vous prie d’agréer, Docteur, l’expression de mes sincères salutations.

Signature de

l’autorité territoriale

Modèle rapport de la collectivité pour médecin agréé

**Objet : Rapport de la collectivité pour médecin agréé**

**Pj : fiche de poste**

Nom/Prénom de l’agent :

Date de Naissance :

Date d’embauche :

Statut : Contractuel, Titulaires>28\*35ème , Titulaires <28/35ème

Temps de travail du poste :

Métier exercé :

**Antécédant des arrêts maladie :**

Pour votre information, l’agent a déjà bénéficié **des périodes d’arrêts suivantes :**

* **Congé de maladie ordinaire : du ......au ..... soit .......*(mois/année(s))*.**
* **Congé de Longue Maladie (CLM): du ......au ..... soit .......*(mois/année(s))*.**
* **Congé de Grave Maladie (CGM): du ......au ..... soit .......*(mois/année(s))*.**
* **Congé de Longue Durée (CLD): du ......au ..... soit .......*(mois/année(s))*.**

Il a également bénéficié d’une période de Temps Partiel Thérapeutique du.... au ..... soit ***(mois/année(s))*.**

Actuellement, cet agent est en arrêt depuis le :

***Indiquer tout événement pouvant aider le médecin à comprendre les raisons éventuelles de l’arrêt :***

***Eléments de Contexte :*** Procédure disciplinaire, sanction disciplinaire, suspension de l’agent, conflits, changement de service, de responsable, modification de tâches, modification fiche de poste, réorganisation de service, modification du lieu de travail...

**Aménagements de poste déjà mis en œuvre :** aménagement horaires, changement de poste, matériel à disposition