Modèle lettre médecin agréé pour avis d’aptitude

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

Adresse de la collectivité

Code Postal …Ville….

Docteur

N° rue.....

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

Objet : Vérification aptitude au poste

PJ : Rapport autorité territorial

Docteur,

Vous allez recevoir en expertise, le (date et heure du RDV), Mr /Mme afin de vérifier l’aptitude au poste et au vu de notre rapport (Transmettre annexe 11 rapport de la collectivité au médecin agréé), je vous serais reconnaissant de répondre aux questions suivantes :

1. **L’agent est-il apte :**

* **A son poste** ?  Oui  Non

**Si non, est-il INAPTE :**

* + **A TOUTES fonctions** de son grade ?  Oui  Non

1. **De façon TOTALE ? :**  Oui  Non

Si oui, doit-il bénéficier d’un reclassement ?  Oui  Non

* Dans un autre cadre d’emploi (filière administrative, technique...)?  Oui  Non

Si oui, dans quelle filière ?

* Dans un autre grade ?  Oui  Non

**De façon PARTIELLE ?** :  Oui  Non

Si oui, sur quelles tâches est-il inapte ?

1. **De façon DEFINITIVE ?**:  Oui  Non

**De façon TEMPORAIRE ?**:  Oui  Non

Si oui, durée prévisible :

1. **Si l’agent est apte à son poste, doit-il bénéficier d’un aménagement de poste ?**
   * Si oui, lequel (horaire, matériel, ergonomique...) ?

Je vous joins copie des éléments en ma possession. (Rapports de la collectivité, avis du médecin du travail, fiche de poste avec aménagements ou tout autre élément pouvant permettre au médecin de comprendre le poste aménagé de l’agent en lien avec sa pathologie…)

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 :

**Antécédents 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