

## **CERTIFICAT MEDICAL** **du médecin**

**(à compléter par le médecin ou spécialiste EN  
INTEGRALITE\* et remettre SOUS PLI CONFIDENTIEL)**

Cher Confrère,

Ce certificat est nécessaire à votre patient pour le suivi de ses droits à un congé de grave maladie (CGM), longue maladie (CLM) ou un congé de longue durée (CLD) selon l'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.

Celui-ci peut ainsi bénéficier, s'il remplit les conditions, d'un maintien de sa rémunération.

Pour rappel,

- en cas de CGM/CLM pendant 1 an à taux plein puis 2 ans à demi-traitement.
- en cas de CLD pendant 3 ans à taux plein et 2 ans à demi-traitement.

Pour votre information :

- Le conseil médical, au vu de votre certificat et de la demande de l'agent, pourra statuer sur les droits à maladie CGM/CLM/CLD.

**Chaque demande de prolongation de votre patient, devra être transmise à l'employeur et nécessitera une attestation médicale<sup>1</sup> indiquant que les arrêts sont toujours en lien avec la pathologie ayant ouvert droit à ce congé maladie et devra être prolongé par période de 3 à 6 mois maximum.**

- Une expertise auprès d'un médecin agréé est obligatoire **au minimum une fois par an** et pourra être diligentée par le Conseil médical à l'ouverture du droit ou par l'employeur à tout moment. Dans chaque cas, ce certificat médical vous sera demandé, afin que le médecin expert agréé ait le maximum d'information.

J'attire votre attention sur la nécessité que vos éléments médicaux soient le plus précis possible et ce, afin que les droits de votre patient puissent être au mieux évalués.

En vous remerciant par avance de la précision du complément de ce certificat.

Bien Confraternellement.

Le Président du Conseil Médical  
Docteur Jean-François Morel




---

<sup>1</sup> Modèle disponible sur le site internet du Centre de Gestion de l'Eure **Accueil » Santé et Prévention » Base documentaire » Conseil médical formation restreinte ex comité médical**

NOM de naissance :	Prénom :
Nom marital :	
Date de naissance :	
Emploi occupé :	
Collectivité :	

**Date de début d'arrêt et Durée estimée :**

A compter du :
Durée d'arrêt estimée:

**ETAT CLINIQUE**

Taille : Poids :  
TA :  
Histoire de la maladie :

Date des premiers symptômes en lien avec la demande actuelle :

Descriptif des troubles :

Etat général :

Examen clinique :

Autre(s) maladie(s) surajoutée (s) :

<u>Suivi spécialisé :</u>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---------------------------	------------------------------	------------------------------

**Fréquence du suivi spécialisé :**

Hebdomadaire :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Mensuelle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<u>AUTRE (préciser) :</u>		

Coordonnée(s) du ou des Médecins spécialistes :

TRAITEMENT ACTUEL

**Médical**

**Chirurgical**

**Autres (kinésithérapie, psychothérapie...)**

**CONCLUSIONS**

Fait à

Signature,

le

CACHET

A REMETTRE **SOUS PLI CONFIDENTIEL ET CACHETE**  
POUR L'EMPLOYEUR

\*Tout certificat incomplet nécessitera un retour pour complément.