Nom et adresse de la collectivité Monsieur le Président

du Conseil Médical

 Formation RESTREINTE/PLENIERE

 Centre de Gestion de l’Eure

 10 Bis rue du Dr M. BAUDOUX BP 276

 27002 EVREUX CEDEX

Objet :

Monsieur le Président,

J’appelle votre attention sur la situation de Mr/Mme… , (grade).

Mr/Mme….est en arrêt depuis le … jusqu’au…

Par le présent courrier, je vous adresse ma demande et vous remercie de bien vouloir saisir le secrétariat du conseil médical en Formation PLENIERE/RESTREINTE afin que cette instance se prononce sur (indiquer le motif de la demande).

Je vous prie d’agréer, Monsieur le Président, l’expression de ma considération.