



**FORMULAIRE DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL  
RELATIF AUX AGENTS AFFILIES  
A LA **CNRACL****

**Identification de l'employeur :**

Nom de la collectivité/établissement : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Nom de la personne en charge du dossier transmis : .....

Ligne téléphonique directe : .....

Adresse Mail : .....

**Identification de l'agent :**

Nom et prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse Mail : .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° CNRACL : .....

N° ATI : .....

Nom du médecin traitant : .....

Grade : .....

Fonctions assurées : .....

Statut : .....

Date de nomination stagiaire : .....

Date de titularisation : .....

Temps de travail :  Temps complet  Temps non complet : ... /35°  Temps partiel : ... %

**Relevé des congés obtenus sur la carrière :**

*(Indiquer les périodes octroyées)*

Congé de longue maladie : .....

Congé de longue durée : .....

Disponibilité d'office pour raison de santé : .....

Temps partiel thérapeutique : .....

# SAISINE DE LA FORMATION RESTREINTE

## Motif(s) de saisine : (une ou plusieurs cases peuvent être cochées).

- L'octroi d'un congé de :  longue maladie à compter du : .....  
 longue durée à compter du : .....  
 maladie ordinaire d'office (article 24) à compter du : .....  
 longue maladie d'office (article 24) à compter du : .....  
 longue durée d'office (article 24) à compter du : .....
- Le renouvellement au-delà de l'expiration de la période de rémunération à plein traitement du congé de :  
 longue maladie (après 1 an) à compter du : .....  
 longue durée (après 3 ans) à compter du : .....  
 longue maladie d'office (article 24) à compter du : .....  
 longue durée d'office (article 24) à compter du : .....
- Un avis sur la dernière période de prolongation et « présomption d'inaptitude à l'issue » du fonctionnaire ou à la reprise des fonctions, du congé de :  
 longue maladie à compter du : .....  
 longue durée à compter du : .....  
 longue maladie d'office (article 24) à compter du : .....  
 longue durée d'office (article 24) à compter du : .....
- Un avis sur la réintégration et sur l'aptitude ou l'inaptitude (temporaire ou définitive) aux fonctions actuelles ou à toutes fonctions à expiration des droits à congé de :  
 maladie ordinaire (1an) à compter du : .....  
 longue maladie (3 ans) à compter du : .....  
 longue durée (5 ans) à compter du : .....  
 maladie ordinaire d'office (article 24) à compter du : .....  
 longue maladie d'office (article 24) à compter du : .....  
 longue durée d'office (article 24) à compter du : .....
- Cas spécifique des agents exerçant des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières (hors expiration de droits à congé) : Un avis sur la demande de réintégration et sur l'aptitude ou l'inaptitude (temporaire ou définitive) aux fonctions actuelles ou à toutes fonctions à l'issue d'une période de congé de :  
 longue maladie à compter du : .....  
 longue durée à compter du : .....  
 maladie ordinaire d'office (article 24) à compter du : .....  
 longue maladie d'office (article 24) à compter du : .....  
 longue durée d'office (article 24) à compter du : .....

- Un avis sur la mise en disponibilité d'office pour raison de santé :
  - placement à compter du : .....
  - renouvellement à compter du : .....
  - réintégration à compter du : .....
  
- Un avis à la suite d'une altération de l'état de santé du fonctionnaire sur :
  - le changement d'affectation après un congé de maladie
  - le reclassement
  - le bénéfice de la période de préparation au reclassement (PPR)
  
- Un avis sur l'octroi des congés « infirmités de guerre ».
  
- Un avis sur le placement du fonctionnaire stagiaire en congé sans traitement :
  - placement à compter du : .....
  - renouvellement à compter du : .....
  - réintégration à compter du : .....
  
- Suite à une contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé dans le cadre :**
  - de l'admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières.
  - du renouvellement d'un temps partiel thérapeutique (*uniquement en cas de contestation de l'avis médical du médecin agréé*).
  - d'un contrôle fait à tout moment pendant un congé maladie et de l'examen médical pour la visite de contrôle obligatoire au moins une fois par an au-delà de six mois de prolongation du congé initialement accordé.
  - d'un contrôle pour la prolongation ou la réintégration suite à un congé maladie s'il n'est pas déjà soumis au Conseil Médical.
  - d'une visite de contrôle du fonctionnaire placé en CITIS ou de l'examen médical pour la visite de contrôle obligatoire au moins une fois par an au-delà de six mois de prolongation du CITIS initialement accordé.
  - Réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité – Avis sur l'aptitude à reprendre l'exercice des fonctions.

Autre situation :

.....

.....

.....

.....

.....

# SAISINE DE LA FORMATION PLENIERE

## **Motif(s) de saisine : (une ou plusieurs cases peuvent être cochées).**

### **1 - Lorsqu'une faute personnelle ou toute autre circonstance particulière est potentiellement de nature à détacher l'accident du service.**

- Reconnaissance de de l'imputabilité au service d'un accident de travail :  Initial  Rechute
- Date de l'accident : .....
  - Date de la rechute : .....
  - Nature des lésions présentées : .....

- Suivi d'un accident de service (cocher une ou plusieurs demandes) :

- Fixer la date de consolidation.
- Fixer le taux d'IPP (*incapacité permanente partielle*) en cas de séquelles.
- Prise en charge des arrêts de travail à compter du : .....
- Prise en charge des soins à compter du : .....
- Avis sur l'aptitude ou l'inaptitude (*temporaire ou définitive*) aux fonctions actuelles ou à toutes fonctions.

### **2- Lorsqu'un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est potentiellement de nature à détacher l'accident de trajet.**

- Reconnaissance de l'imputabilité au service d'un accident de trajet :  Initial  Rechute
- Date de l'accident : .....
  - Date de la rechute : .....
  - Nature des lésions présentées : .....

- Suivi d'un accident de trajet (cocher une ou plusieurs demandes) :

- Fixer la date de consolidation.
- Fixer le taux d'IPP (*incapacité permanente partielle*) en cas de séquelles.
- Prise en charge des arrêts de travail à compter du : .....
- Prise en charge des soins à compter du : .....
- Avis sur l'aptitude ou l'inaptitude (*temporaire ou définitive*) aux fonctions actuelles ou à toutes fonctions.

### **3- Lorsqu'une l'affection résulte d'une maladie contractée en service ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité (maladie hors tableaux ou ne remplissant pas toutes les conditions du tableau du régime général)**

- Reconnaissance de l'imputabilité au service d'une maladie professionnelle :  Initial  Rechute
- Date de première constatation : .....
  - Date de la rechute : .....
  - Nature de la pathologie : .....

- Suivi d'une maladie professionnelle (cocher une ou plusieurs demandes) pour :

- fixer la date de consolidation.
- fixer le taux d'IPP (*incapacité permanente partielle*) en cas de séquelles.
- prise en charge des arrêts de travail à compter du : .....
- prise en charge des soins à compter du : .....
- avis sur l'aptitude ou l'inaptitude (*temporaire ou définitive*) aux fonctions actuelles ou à toutes fonctions.

Renouvellement d'un temps partiel thérapeutique (*uniquement en cas de contestation de l'avis médical du médecin agréé*).

Demande d'une Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI) pour :

- une 1<sup>ère</sup> concession.
- une révision du fait d'un nouvel accident ou d'une nouvelle maladie professionnelle.
- une révision quinquennale.
- une révision à la radiation des cadres.

Avis d'aptitude suite au dernier renouvellement du CLM ou CLD si la formation restreinte s'est prononcée sur la présomption de l'invalidité définitive.

Mise à la retraite pour invalidité après congé pour accident de service ou pour maladie contractée en service - Avis sur le caractère définitif de l'invalidité et fixation du taux d'invalidité pour mise à la retraite pour invalidité.

Mise à la retraite pour invalidité ne résultant pas du service - Avis sur le caractère définitif de l'invalidité et fixation du taux d'invalidité pour mise à la retraite pour invalidité.

Mise à la retraite pour conjoint invalide.

Attribution d'une pension d'orphelin infirme.

Attribution d'une majoration pour assistance d'une tierce personne.

Allocation d'une Pension d'Invalidité à un fonctionnaire stagiaire licencié pour inaptitude physique suite à une pathologie :  imputable au service  non imputable au service.

Autre situation :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## FORMULAIRE DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL RELATIF AUX AGENTS AFFILIES A LA **CNRACL**

**Type d'instance saisie :**  Formation restreinte.  Formation plénière.

**Employeur :**

Nom de la collectivité/établissement : .....

**Agent concerné par la saisine :**

Nom et prénom(s) : .....

**L'autorité territoriale :**

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Qualité : .....

Le : ..... à : .....

Cachet et signature :

Ce dossier doit **obligatoirement** être complété et signé pour valider votre saisine du Conseil Médical.

► [il doit être transmis à l'adresse postale suivante :](#)

**Centre de Gestion de la FPT de la Haute-Corse**

**Conseil Médical**

Résidence « LESIA »  
Avenue de la Libération  
20418 – BASTIA CEDEX 9

► [ou à l'adresse mail suivante :](#)

***cm@cdg2b.com***

**Pièces jointes :** .....  
.....  
.....