



**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.
  - de la réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité – Avis sur l'aptitude à reprendre l'exercice des fonctions.
  - d'une infirmité ou d'une maladie incurable le plaçant dans l'impossibilité d'exercer une quelconque profession - Fonctionnaire ayant accompli au moins quinze ans de service.
  - d'une invalidité d'un taux au moins égal à 60% avec un recours d'une manière constante à l'assistance d'une tierce personne.
  - d'une infirmité permanente d'un enfant qui se trouvant à charge lors de son décès met le fonctionnaire dans l'impossibilité de gagner sa vie.

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.

- 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'incapacité 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'incapacité 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'incapacité 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 incapacité physique suite à une pathologie :  imputable au service     non imputable au service.
- Autre situation :

.....

.....

.....

.....

.....

*Le CDG2B collecte vos données personnelles et celles de votre agent afin d'instruire son dossier en conseil médical unique et, si nécessaire, le contacter (en cas de changement d'organisation ou de besoins d'informations supplémentaires). Pour en savoir plus sur la gestion des données personnelles ou sur les demandes d'exercice de droit, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données du CDG : GP-PROTEC par mail : [contact@gp-protech.com](mailto:contact@gp-protech.com)*

## 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 :** .....