**FORMULAIRE DE SAISINE** **DU CONSEIL MÉDICAL**

**En Formation Restreinte**

**POUR LES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE**

# I - IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ

**COLLECTIVITÉ** (à l’initiative de la demande si agent intercommunal):

**ADRESSE** :

**NOM DE LA PERSONNE CHARGÉE DU SUIVI DU DOSSIER :**

🕿 : **COURRIEL :**

**NOM DU MÉDECIN DE PRÉVENTION CHARGÉ DU SUIVI MÉDICAL DE L'AGENT CONCERNÉ :**

**NOM DU MÉDECIN TRAITANT (si indiqué) :**

**AUTRE(S) COLLECTIVITÉ(S) (si agent intercommunal)** :

# II - IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ

**NOM :**  **NOM PATRONYMIQUE :**

**PRÉNOM :**  🕿 :

**ADRESSE :**

**DATE DE NAISSANCE :** Le

# III - SITUATION ADMINISTRATIVE

**GRADE :**

**FONCTIONS ACTUELLES EXERCÉES PAR L'AGENT** :

*****(cocher la case correspondante)*

**DATE D’ENTRÉE DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE :**

**DATE DE RECRUTEMENT DANS LA COLLECTIVITÉ** :

**TEMPS DE TRAVAIL HEBDOMADAIRE DANS LA COLLECTIVITÉ :**

**AUTRE(S) EMPLOYEUR(S)** (intercommunal) : nombre d'heures :

nombre d’heures :

# IV – EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT À LA SAISINE

QUESTIONS PRÉCISES SUR LESQUELLES LA COLLECTIVITÉ SOUHAITE OBTENIR UN AVIS

# V – ÉTAT RÉCAPITULATIF DES CONGÉS MALADIE PRÉCÉDANT LA DEMANDE ET ÉVENTUELLEMENT DES DROITS À CONGÉS ENCORE OUVERTS

Fait le

A

Signature de l'autorité territoriale

et cachet de la collectivité