

DIRECTION DE L'EMPLOI, DE L'ÉCONOMIE, DU TRAVAIL ET DES SOLIDARITÉS DE MAYOTTE

SAISINE DU COMITE MEDICAL

à joindre à toute demande accompagnée des pièces justificatives se référer au guide de procédure disponible à l'adresse suivante :

<https://mayotte.deets.gouv.fr/Comite-medical>

Administration :	
Adresse postale de l'administration :	
Affaire suivie par :	
Téléphone :	E-mail :
Nom et prénom de l'agent :	Date de naissance : __/__/__
Adresse postale actuel de l'agent :	
Téléphone :	E-mail :
Corps/Grade :	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Contractuel
Fonctions exercées par l'agent :	En poste depuis le : _____
Durée de travail : <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps non complet	
Nombres d'heures : _____	Date de titularisation : __/__/__

Objet précis de la demande – Cocher la ou les case(s) correspondant à la demande (se reporter au guide de procédure)		À compter du	Fiche	Page
<input type="checkbox"/>	Prolongation des Congés de Maladie Ordinaire (CMO)		1	17
<input type="checkbox"/>	Octroi ou renouvellement d'un Congé de Longue Maladie (CLM)		2	18/19
<input type="checkbox"/>	Octroi ou renouvellement d'un Congé de Longue Durée (CLD)		3	20/21
<input type="checkbox"/>	Octroi ou renouvellement d'un Congé de Grave Maladie (CGM)		4	22
<input type="checkbox"/>	Octroi de la dernière période de CLM, CGM ou CLD		5	23
<input type="checkbox"/>	Mise en congé d'office et son renouvellement		6	24
<input type="checkbox"/>	Reprise de fonction : réintégration à temps plein sur le poste		7	25
<input type="checkbox"/>	Reprise de fonction : réintégration en Temps Partiel Thérapeutique (TPT) et renouvellement		8	26
<input type="checkbox"/>	Aménagement de poste et postes adaptés (spécifique à l'Éducation Nationale)		9	27
<input type="checkbox"/>	Reclassement ou aptitude aux fonctions dans le cadre d'un reclassement		10	28
<input type="checkbox"/>	Mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement		11	29
<input type="checkbox"/>	Octroi d'un Congé de Longue Maladie pour suivre une cure thermale		12	30
<input type="checkbox"/>	Placement du fonctionnaire en congé sans traitement (octroi et renouvellement)		13	31
<input type="checkbox"/>	Placement de l'agent non titulaire en congé sans traitement (octroi et renouvellement)		14	32
<input type="checkbox"/>	Admission à la retraite pour invalidité		15	33
<input type="checkbox"/>	Appel des conclusions d'un médecin agréé		16	34
<input type="checkbox"/>	Autre (préciser)			

Précisions éventuelles sur la demande. En particulier questions sur lesquelles l'administration veut que le comité médical se prononce.

En arrêt de travail continu depuis le : _____

TYPE DE CONGÉS DÉJÀ OBTENUS	DU	AU	DURÉE
Congés de maladie ordinaire depuis le début de l'arrêt continu			
		TOTAL	
Congés de Longue Maladie (CLM)			
		TOTAL	
Congés de Grava Maladie (CGM)			
		TOTAL	
Congés de Longue Durée (CLD) accordés sur l'ensemble de la carrière			
		TOTAL	
Temps Partiels Thérapeutique (TPT) accordés sur l'ensemble de la carrière (postérieurs au 28 juillet 1994)			
		TOTAL	
Disponibilité d'office pour raison de santé			
		TOTAL	

Fait à _____ le _____

Signature de l'autorité et cachet de l'administration