

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_

Discipline : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Etablissement d'exercice : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

à

Monsieur le Recteur de la région académique d'Ile-de-France,  
Recteur de l'Académie de Paris,  
Chancelier des Universités de Paris et d'Ile-de-France,

sous couvert de M \_\_\_\_\_  
supérieur hiérarchique direct

et de \_\_\_\_\_  
responsable de mon bureau de gestion administrative

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier au comité médical afin que celui-ci se prononce sur :

ma demande  initiale  de prolongation de :

congé de longue maladie (CLM), pour une durée de 3 mois 6 mois, à compter du \_\_/\_\_/\_\_

congé de longue durée (CLD), pour une durée de 3 mois 6 mois, à compter du \_\_/\_\_/\_\_

congé de grave maladie (CGM)<sup>(1)</sup>, pour une durée de 3 mois 6 mois, à compter du \_\_/\_\_/\_\_

reprise à temps complet à compter du \_\_/\_\_/\_\_

reprise à temps partiel thérapeutique (TPT) pour une durée de 1 mois 2 mois 3 mois, à 50% 60% 70% 80% de temps de travail, à compter du \_\_/\_\_/\_\_

autre motif : \_\_\_\_\_

**Je m'engage à transmettre un certificat détaillé de mon médecin visant à justifier le bien-fondé de ma demande, au président du comité médical à l'adresse suivante ou à [ce.scomed@ac-paris.fr](mailto:ce.scomed@ac-paris.fr) : secrétariat du comité médical ministériel, 12 boulevard d'Indochine, CS 40049, 75933 PARIS, Cedex 19.**

Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure relative à ma demande, à savoir que je me soumettrai à l'examen obligatoire chez un médecin agréé et j'attendrai l'avis consultatif du comité médical, pour espérer avoir un retour sur ma demande.

Je vous en souhaite bonne réception et vous prie agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_

Signature :

(1) congé de longue maladie des agents contractuels de plus de 3 ans de service