

CERTIFICAT MEDICAL NON CONFIDENTIEL

Je soussigné(e), docteur _____, certifie que :

M _____

grade : _____

né(e) le ___/___/___

à qui je donne habituellement mes soins :

est apte à exercer ses fonctions à temps complet à compter du ___/___/___,

est apte à exercer ses fonctions à temps partiel thérapeutique (TPT) à ___% à compter du ___/___/___,
pour une durée de 1 mois 2 mois 3 mois

justifie l'octroi ou le renouvellement d'un congé de longue maladie (CLM)

justifie l'octroi ou le renouvellement d'un congé de grave maladie (CGM)

justifie l'octroi ou le renouvellement d'un congé de longue durée (CLD)

Autres : _____

Date et lieu :

Cachet et signature du médecin :