

CERTIFICAT MEDICAL DETAILLE

destiné à justifier une demande de congé long ou de reprise de fonctions
(à adresser, par courrier ou par mail, à l'adresse indiquée en bas de page)

Je soussigné(e), docteur _____, certifie que M _____
né(e) le _____, à qui je donne habituellement mes soins, est atteint de _____

et a les antécédents médicaux jugés utiles suivants : _____

EN CAS DE DEMANDE DE CONGE LONG :

Les troubles et autres raisons justifiant le **caractère invalidant** et la **gravité confirmée** de l'affection en cause sont les suivants : _____

Les **traitements et les soins prolongés** sont (merci d'en préciser la fréquence et le dosage) : _____

Pour les raisons qui précèdent, l'état de santé de mon patient semble justifier l'octroi de :

- un congé de longue maladie à compter du : ___/___/___
 un congé de longue durée pour une durée de : 3 mois 6 mois
 un congé de grave maladie (contractuel)

EN CAS DE DEMANDE DE REPRISE DE FONCTIONS :

Les raisons médicales permettant de penser qu'une reprise est **médicalement possible** et/ou conseillée sont les suivantes : _____

Les **traitements restants** à poursuivre sont : _____

Pour les raisons qui précèdent, l'état de santé de mon patient semble justifier :

- une reprise à temps complet à compter du ___/___/___
 une reprise à temps partiel thérapeutique de 1 mois 2 mois 3 mois,
pour une quotité de temps de 50% 60% 70% 80% 90%, à compter du ___/___/___

Autres remarques : _____

Date et lieu :

Signature du médecin :