

**CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL**

*relatif à une demande de CLM fractionné*

Je soussigné(e), docteur \_\_\_\_\_, certifie que l'état de santé de M \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ justifie l'octroi d'un congé de longue maladie  
fractionné à raison de \_\_\_\_\_ jours par \_\_\_\_\_ pour les raisons suivantes.

**Historique de la maladie et antécédents médicaux** (*merci de bien vouloir préciser les dates*) :

---

---

---

---

---

---

---

---

**Soins et traitements en cours ou à venir :**

Nature des soins en cours ou à venir :	Dates :	Fréquence : ( <i>ex : x jours par semaine</i> )

**Justifications médicales de ces soins :**

---

---

---

---

---

---

---

---

Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date et lieu :

Cachet et signature du médecin :