

NOM, Prénom : _____

Grade : _____

Discipline : _____

Adresse : _____

Etablissement d'exercice : _____

Mail : _____ @ _____

Tél : _____

à

M _____

mon supérieur hiérarchique

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier au conseil 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)⁽¹⁾, 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 conseil médical à l'adresse suivante ou à ce.scomed@ac-paris.fr : secrétariat du conseil 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 conseil 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