

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Corps : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Discipline/Fonctions : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Domiciliation : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Mél : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'Administration : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date de Titularisation : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

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)

Congé de Longue Durée (CLD)

Congé de Grave Maladie (CGM)<sup>(1)</sup> (1) congé de longue maladie appelé Congé de Grave Maladie concernant les Agents Contractuels comptabilisant 4 mois de service (continus ou discontinus).

Congé Sans Traitement (CST)

Disponibilité d'Office pour Raison de Santé (DORS)

Je m'engage à transmettre **expressément un certificat médical détaillé récent de mon médecin traitant ou soignant**, visant à justifier le bien-fondé de ma demande, à la Présidente du Conseil Médical Ministériel de l'Education Nationale 2ème Section **par courriel à : ce.scomed@ac-paris.fr**

ou **par courrier** à l'adresse suivante :

**Secrétariat du Conseil Médical Ministériel de l'Education Nationale 2ème Section,  
Site Visalto - Rectorat de Paris  
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 médical obligatoire auprès d'un médecin agréé** et que je serai averti(e) par voie postale ou numérique de l'avis consultatif rendu par **procès-verbal par le conseil médical, 8 jours ouvrés après la date de formation restreinte.**

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :



**DOCUMENT A RETOURNER A L'ADRESSE SUIVANTE**

**RECTORAT DE PARIS, Site VISALTO, 12 bd d'Indochine, CS 40049, 75933 PARIS Cedex 19  
à destination du bureau :**

- **DE3** pour les enseignants du premier degré public
- **DPE1** pour les enseignants du second degré public
- **BACA** pour les personnels de l'Assistance Educative (AESH)
- **DEP** pour les enseignants de l'Enseignement Privé
- **BPE** pour les personnels d'Encadrement
- **DPATSS** pour les personnels Administratifs, Techniques, Sociaux, de Santé et de la Jeunesse et des Sports

Concernant les agents de l'Enseignement Supérieur :

**RECTORAT DE PARIS - DPSUP - Site Sorbonne, 47 rue des écoles, 75230 Paris Cedex 05**

**ET au Secrétariat du Conseil Médical Ministériel de l'Education Nationale et de la Jeunesse - 2ème Section**  
12 bd d'Indochine, CS 40049, 75933 PARIS Cedex 19  
à [ce.scomed@ac-paris.fr](mailto:ce.scomed@ac-paris.fr)