



Centre de gestion de la FPT de l'Ain

**Tous les dossiers devront porter la mention  
« CONFIDENTIEL » et être adressés à :**

**Affaire Suivie par :**  
Madame Julie VITTOZ-OUVRIER  
☎04.74.32.90.96  
Courriel : cmcr@cdg01.fr  
Site internet : www.cdg01.fr

**Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Ain  
Secrétariat du Comité Médical  
145 Chemin de Bellevue  
01960 PERONNAS**

## **SAISINE DU COMITE MEDICAL LISTE DES PIECES A FOURNIR**

### **PROLONGATION D'UN CONGE DE MALADIE ORDINAIRE AU-DELA DE 6 MOIS**

- ▶ **Le courrier de la Collectivité** précisant les raisons de la saisine
- ▶ **[L'imprimé de saisine du comité médical complété par la Collectivité](#)**
- ▶ **Copie de tous les certificats médicaux d'arrêts de travail**
- ▶ **La fiche de poste** de l'agent (description détaillée des tâches effectuées par l'agent)

### **DEMANDE D'OCTROI D'UN CONGE DE LONGUE MALADIE – CONGE DE LONGUE DUREE OU CONGE DE GRAVE MALADIE**

- ▶ **Le courrier de la Collectivité** précisant les raisons de la saisine
- ▶ **[L'imprimé de saisine du comité médical complété par la Collectivité](#)**
- ▶ **La demande écrite de l'agent** sollicitant un CLM – CLD – ou CGM
- ▶ **Le certificat médical établi par le médecin traitant, ou le spécialiste**, attestant que l'état de santé de l'agent nécessite l'octroi du CLM – CLD ou CGM
- ▶ **Le certificat médical détaillé sous pli confidentiel**, établi par le médecin traitant (ou le spécialiste) à l'attention des médecins du comité médical (indiquant l'affection dont souffre l'agent)
- ▶ **La copie de tous les certificats médicaux d'arrêts de travail**
- ▶ **La fiche de poste de l'agent** (description détaillée des tâches effectuées par l'agent)

### **DEMANDE DE RENOUELEMENT DE CONGE DE LONGUE MALADIE – CONGE DE LONGUE DUREE OU CONGE DE GRAVE MALADIE**

- ▶ **Le courrier de la Collectivité** précisant les raisons de la saisine
- ▶ **[L'imprimé de saisine du comité médical complété par la Collectivité](#)**
- ▶ **La demande écrite de l'agent** sollicitant le renouvellement du CLM – CLD – ou CGM
- ▶ **Le certificat médical établi par le médecin traitant, ou le spécialiste**, attestant que l'état de santé de l'agent nécessite le renouvellement du CLM – CLD ou CGM
- ▶ **La fiche de poste de l'agent** (description détaillée des tâches effectuées par l'agent)
- ▶ **La copie des arrêts de travail**

## REINTEGRATION

- ▶ Le courrier de la Collectivité précisant les raisons de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du comité médical complété par la Collectivité](#)
- ▶ Le courrier de l'agent demandant à réintégrer ses fonctions
- ▶ Le certificat médical établi par le médecin traitant sous pli confidentiel
- ▶ Le rapport médical du médecin agréé précisant l'aptitude de l'agent à ses fonctions et les aménagements nécessaires
- ▶ Le rapport du médecin de prévention

## DEMANDE D'OCTROI D'UN TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE EN CAS D'AVIS DISCORDANT ENTRE LE MEDECIN TRAITANT ET LE MEDECIN AGREE

- ▶ Le courrier de la Collectivité précisant les raisons de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du comité médical complété par la Collectivité](#)
- ▶ [Notice explicative TPT.pdf](#)
- ▶ Joindre les documents suivants complétés : [Modèles documents à compléter pour TPT.pdf](#)
- ▶ L'avis du médecin de prévention si possible

## DEMANDE DE RENOUELEMENT DU TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE EN CAS D'AVIS DISCORDANT ENTRE LE MEDECIN TRAITANT ET LE MEDECIN AGREE

- ▶ Procédure identique à celle concernant l'octroi du temps partiel thérapeutique

## DEMANDE DE CURE THERMALE

- ▶ Le courrier de la collectivité précisant les motifs de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du comité médical complété par la Collectivité](#)
- ▶ Le courrier de l'agent sollicitant une cure thermale
- ▶ L'imprimé de demande de cure dûment complété par le médecin traitant
- ▶ La prise en charge délivrée par la CPAM

## AMENAGEMENT DES CONDITIONS DE TRAVAIL

- ▶ Le courrier de la collectivité précisant les motifs de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du comité médical complété par la Collectivité](#)
- ▶ La fiche de poste de l'agent (description détaillée des tâches effectuées par l'agent)
- ▶ Le courrier de l'agent demandant le bénéfice d'un aménagement de ses conditions de travail
- ▶ Le certificat médical établi par le médecin traitant sous pli confidentiel
- ▶ Le rapport du médecin de prévention

## APTITUDE AUX FONCTIONS / A TOUTES FONCTIONS

- ▶ Le courrier de la collectivité précisant les motifs de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du comité médical complété par la Collectivité](#)
- ▶ La fiche de poste de l'agent (description détaillée des tâches effectuées par l'agent)
- ▶ La copie des arrêts de travail, le cas échéant
- ▶ Le rapport du médecin de prévention
- ▶ Le rapport médical du médecin agréé (si la collectivité a déjà diligenté une expertise)

### DISPONIBILITE D'OFFICE POUR RAISON DE SANTE

- ▶ **Le courrier de la collectivité** précisant les motifs de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du comité médical complété par la Collectivité](#)
- ▶ **La fiche de poste de l'agent** (description détaillée des tâches effectuées par l'agent)
- ▶ **La copie des arrêts de travail**

### DEMANDE DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

- ▶ **Le courrier de la Collectivité** précisant les raisons de la saisine
- ▶ [L'imprimé de saisine du comité médical complété par la Collectivité](#)
- ▶ **Le courrier de l'agent** sollicitant un reclassement
- ▶ **La fiche de poste actuelle de l'agent** (description détaillée des tâches effectuées par l'agent)
- ▶ **La fiche de poste détaillée du futur poste de l'agent**
- ▶ **L'avis du médecin de prévention se prononçant sur l'incapacité à l'ancien poste et l'aptitude au nouveau poste**

### DEMANDE DE RETRAITE POUR INVALIDITE EN PROCEDURE SIMPLIFIEE

Si le fonctionnaire est déclaré inapte physiquement à toutes fonctions, il peut être radié des cadres par mise à la retraite pour invalidité (agents CNRACL). Conditions à remplir pour bénéficier de la procédure simplifiée :

- la radiation des cadres intervient sur **demande de l'agent**,
  - la **durée des services effectifs** à la CNRACL est **au moins égale à 112 trimestres** en 2018,
  - **il n'y a pas d'infirmité reconnue imputable** (suite à maladie professionnelle ou accident de service)
  - **il n'y a pas de demande de majoration** pour assistance d'une tierce personne.
- ▶ **Le courrier de la Collectivité** précisant les raisons de la saisine
  - ▶ [L'imprimé de saisine du comité médical complété par la Collectivité](#)
  - ▶ **Le courrier de l'agent** demandant sa mise en retraite pour invalidité
  - ▶ **Le récapitulatif historique** de la carrière de l'agent – précisez le nombre de trimestres de service
  - ▶ [L'attestation de reclassement](#)
  - ▶ **L'imprimé AF3 complété par le médecin agréé**