

NOM, Prénom : _____

Corps : _____ Classe : _____

Discipline/Fonctions : _____ Date de Naissance : ___ / ___ / _____

Domiciliation : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

Date d'entrée dans l'Administration : ___ / ___ / _____ Date de Titularisation : ___ / ___ / _____

Etablissement d'exercice : _____

Mél : _____@_____

Tél : _____

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)⁽¹⁾

Congé Sans Traitement (CST)

Disponibilité d'Office pour Raison de Santé (DORS)

Fractionné :

à % de temps de travail,

soit jours/semaine,

à compter du ___ / ___ / _____.

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 :

(1) congé de longue maladie appelé Congé de Grave Maladie concernant les Agents Contractuels de plus de 3 ans de service



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

Et au **Secrétariat du Conseil Médical Ministériel de l'Education Nationale - 2ème Section**
12 bd d'Indochine, CS 40049, 75933 PARIS Cedex 19 ou à : **ce.scomed@ac-paris.fr**

Concernant les agents de l'Enseignement Supérieur :

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

Concernant les agents des Etablissements Supérieurs et Autonomes : **Service RH de l'établissement concerné**

Concernant les agents des COM : **Vice-Rectorat de la Collectivité d'Outre-Mer concernée**