

## CERTIFICAT MEDICAL DETAILLE

(à adresser par courrier ou courriel à l'adresse indiquée en bas de page)

Je soussigné(e), docteur \_\_\_\_\_, certifie que M \_\_\_\_\_  
né(e) le \_\_\_\_\_, appartenant au corps des \_\_\_\_\_ à qui je donne habituellement mes  
soins, est atteint de \_\_\_\_\_

et a les antécédents médicaux jugés utiles suivants : \_\_\_\_\_

### EN CAS DE DEMANDE DE CONGE LONG :

Les troubles et autres raisons justifiant le **caractère invalidant** et la **gravité confirmée** de l'affection en cause sont les  
suivants : \_\_\_\_\_

Les **traitements et les soins prolongés** sont (merci d'en préciser la fréquence et le dosage, poids et taille de  
l'agent) : \_\_\_\_\_

Pour les raisons qui précèdent, l'état de santé de mon patient semble justifier l'octroi de :

- un Congé de Longue Maladie (CLM)       Fractionné à .....% de quotité de temps, soit ..... jours/semaine  
 un Congé de Longue Durée (CLD)      à compter du : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 un Congé de Grave Maladie (CGM)\*

\* congé de longue maladie appelé **Congé de Grave Maladie concernant les Agents Contractuels de plus de 3 ans de service.**

### EN CAS DE DEMANDE DE REPRISE DE FONCTIONS en cours de CONGE LONG Art.34 ou d'OFFICE ou à la suite d'une DORS :

Les raisons médicales permettant de penser qu'une reprise est **médicalement possible** et/ou conseillée sont les  
suivantes : \_\_\_\_\_

Les **traitements restants** à poursuivre sont : \_\_\_\_\_

Pour les raisons qui précèdent, l'état de santé de mon patient semble justifier une reprise : (*ayer la mention inutile*)

à Temps Complet (TC) ou à Temps Partiel Thérapeutique (TPT)

à compter du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ à .....% de quotité de temps soit ..... jours/semaine pour une durée de ..... mois.

Date et lieu :

Signature et cachet du médecin :