

## Conseil Médical

### FORMATION PLENIERE

#### Comment constituer un dossier de saisine ?

Pour constituer le dossier, la collectivité employeur doit impérativement faire parvenir au secrétariat du Conseil Médical en formation plénière :

- une fiche de saisine (**mise à jour au 10/03/2023**)
- les pièces requises selon le motif de la demande (cf. annexe CMP)

**L'envoi d'une saisine au secrétariat du Conseil Médical en formation plénière (CMP) ne vaut pas inscription à l'ordre du jour.**

Le dossier d'un agent peut être inscrit à l'ordre du jour d'une séance du Conseil Médical (CMP), uniquement si le secrétariat a réceptionné le dossier de saisine complet, c'est-à-dire contenant toutes les pièces nécessaires dont notamment le rapport d'expertise du médecin agréé expert, réceptionné 15 jours avant ladite séance.

Attention, l'envoi d'une saisine sans expertise médicale récente (moins de 6 mois) réalisée par un médecin agréé, au secrétariat du Conseil Médical (CMP) ne vaut pas inscription à l'ordre du jour.

Tout dossier incomplet arrivant le jour même ou après la date butoir fixée sur le calendrier est inscrit à l'ordre du jour de la séance suivante sous réserve d'être complet à la prochaine date butoir.

Pour connaître les jours de séances et les dates limites de réception des dossiers complets se reporter au calendrier prévisionnel des réunions du Conseil Médical (CMP) présent sur le site internet du CDG84.

**Pour adresser un dossier de saisine au secrétariat du Conseil Médical  
placé auprès du CDG 84 :**

Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale du Vaucluse  
Secrétariat du Conseil Médical  
80 rue Marcel Demonque  
AGROPARC  
CS 60508  
84908 AVIGNON Cedex

Pour joindre le secrétariat du Conseil Médical et l'interroger sur le suivi des dossiers :

Courriel : [conseilmedical@cdg84.fr](mailto:conseilmedical@cdg84.fr)

Téléphone : 04.32.44.89.30 du lundi au vendredi de 8h15 à 12h00

**Fiche de saisine du Conseil Médical**  
**FORMATION PLENIERE**  
**A COMPLETER OBLIGATOIREMENT**

**I. IDENTITE DE L'AGENT**

Nom usuel : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de Naissance : ..... Latéralité : gaucher – droitier (*rayez la mention inutile*)

Adresse de l'agent : .....

.....

Téléphone : ..... Mail (recommandé) : .....

Grade : ..... Catégorie :  A  B  C

Fonctions actuelles : .....

Qualité :  Stagiaire CNRACL  Titulaire CNRACL

Temps complet  Temps non complet : .....heures

Date d'embauche : stagiairisation ..... titularisation : .....

Ancienneté dans la Fonction publique : .....

**II. IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE**

Collectivité : .....

Personne en charge du dossier :

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Nom et adresse du médecin du travail : .....

.....

Téléphone : .....

Nom et adresse du médecin traitant de l'agent : .....

.....

Téléphone : .....

Le conseil médical a-t-il déjà été saisi pour cet agent ?

CMR :  OUI  NON / CMP :  OUI  NON

### III. RELEVÉ DES CONGES POUR RAISON DE SANTE

DATE de l'accident : .... / .... / ..... ou DATE rechute AS : .... / .... / .....  
 DATE maladie professionnelle : .... / .... / ..... ou DATE rechute MP : .... / .... / .....  
**(en cas de mention d'une date de rechute, veuillez préciser la date d'origine de l'accident de service ou de la maladie professionnelle)**

Dans le cadre d'un temps partiel pour raison thérapeutique :  
 Accident de service du : ..... / ..... / .....  
 Maladie professionnelle du : ..... / ..... / ..... (tableau n°.....)

Date de mise en œuvre suite à l'octroi d'un TPT : ..... / ..... / .....  
 Date(s) de mise en œuvre suite à une/des prolongation(s) d'un TPT : ..... / ..... / .....

Dans le cadre d'une retraite pour invalidité :  
 Age normal de mise à la retraite : .....  
 Nombre d'années de service valables auprès de la CNRACL : .....

Situation actuelle de l'agent (arrêt de travail, disponibilité...) : .....  
**(joindre les justificatifs)**

CERTIFICATS MEDICAUX	Nom du médecin	Date du certificat médical	Arrêts ou Soins		Décompte des Journées
			Date de début	Date fin	
Initial					
De prolongation (si plusieurs arrêts de prolongation, veuillez reproduire ce tableau)					
De reprise					
De guérison					
De consolidation					

#### IV. MOTIFS DE SAISINE

- Imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie professionnelle **non reconnue par la collectivité**
  - sans arrêt de travail
  - octroi d'un CITIS avec arrêt de travail

- Prolongation d'un CITIS**       accident de service     maladie professionnelle

- Rechute d'un CITIS**             accident de service     maladie professionnelle

- Reprise après un CITIS**, avec aménagement du poste ou reclassement
  - accident de service     maladie professionnelle

- Attribution de l'allocation temporaire d'invalidité - **Fixation du taux d'invalidité**
  - Demande d'attribution             Révision quinquennale
  - Nouvel événement                 Révision radiation des cadres

- Mise à la retraite pour invalidité imputable au service** (CITIS > 12 mois consécutifs)

- Mise à la retraite pour invalidité non imputable au service** suite à la présomption de l'inaptitude définitive de l'agent prononcée par le conseil médical de formation restreinte (après CMO, CLM, CLD...)

- Autres situations : .....
- .....
- .....

à compter du ..... **ou pour la période du.....au.....**

DATE :

CACHET DE L'ADMINISTRATION :