

**DEMANDE D'AVIS DU MEDECIN AGRÉÉ**  
(Hors situations de Temps Partiel Thérapeutique, CITIS et Retraite pour invalidité)

**PARTIE À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR :**

**IDENTITE DE L'AGENT**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone (facultatif) : .....

Adresse : .....

Collectivité employeur : .....

Fonctions exercées : .....

Nom du médecin du travail : .....

**NATURE DE LA DEMANDE** (*cocher la case correspondante et indiquer la date d'arrêt à partir de laquelle l'avis du médecin agréé est sollicité*)

- Prolongation d'un congé de maladie ordinaire au-delà d'une période de 6 mois d'arrêts consécutifs  
à compter du .....
- Renouvellement d'une période de congé de longue maladie ou remplacement en congés de longue maladie  
à compter du .....
- Renouvellement d'une période de congé de longue durée ou remplacement en congés de longue durée  
à compter du .....
- Renouvellement d'un congé de longue maladie, de longue durée, de grave maladie d'office  
à compter du .....
- Réintégration après un congé de longue maladie, de longue durée, de grave maladie d'office  
à compter du .....
- Présomption d'inaptitude définitive

**PIÈCES :**

*- Joindre le certificat médical fourni par l'intéressé*

*- Indiquer à l'agent d'apporter lors du rendez-vous avec le médecin agréé tous les documents médicaux pouvant apporter des éléments concernant l'objet de la demande*

*- Joindre la fiche de poste de l'agent en cas de demande d'avis sur l'inaptitude*

**À L'ISSUE :**

- D'un congé de maladie ordinaire du ..... au .....
- D'un congé de longue maladie du ..... au .....
- D'un congé de longue durée du ..... au .....
- D'un congé de grave maladie du ..... au .....

*Fournir un historique complet des périodes de congés maladie octroyées à l'agent*

**PARTIE À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN AGRÉÉ :**

**AVIS RENDU** (cocher la case correspondante) :

- Avis favorable :  
à compter du .....  
pour une durée de (période de 3 à 6 mois) .....
- Avis défavorable (motiver le refus dans le respect du secret médical et joindre les conclusions médicales sous pli confidentiel) :  
.....  
.....  
.....
- Particularité du renouvellement du congé de longue durée ou du remplacement en congé de longue durée:  
Pour le même groupe d'affection que la pathologie initiale :
  - OUI : à compter du .....
  - NON : mentionner la date de début : .....(saisine obligatoire du conseil médical)
- Avis d'inaptitude définitive :
  - Au poste uniquement
  - A tous les emplois du grade
  - Aux emplois de tous les cadres d'emplois

**OBSERVATIONS**

.....  
.....

*En cas de contestation des conclusions du médecin agréé, le dossier peut, selon le cas, faire l'objet d'un passage au conseil médical en formation restreinte.*

Nom et adresse du médecin agréé :

.....  
.....

Date : .....

Signature et cachet :