

SAISINE DU CONSEIL MEDICAL SUPERIEUR

EMPLOYEUR :

- Nom de la collectivité ou l'établissement public :
- Adresse complète :
- Coordonnées de la personne en charge du dossier :
 - Nom :
 - N° Téléphone : • Adresse mail :

AGENT :

- Nom et prénom :
- Nom de naissance : • Date de naissance :
- Numéro de sécurité sociale :
- Adresse personnelle :
- N° Téléphone : • Adresse mail :

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT FONCTIONNAIRE :

- Statut : ☐ Stagiaire ☐ Titulaire
- Affiliation : ☐ CNRACL ☐ IRCANTEC
- Date de stagiairisation :
- Date de titularisation :
- Date d'affiliation CNRACL :
- Date d'entrée dans la structure :
- Grade :
- Fonction :
- Durée de travail : ☐ Temps complet
 ☐ Temps partiel%
 ☐ Temps non completh/hebdo
- Si agent intercommunal, nom(s) collectivité(s) :

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT CONTRACTUEL :

- Statut : ☐ Contractuel
- Date d'entrée dans la structure :
- Date de début de contrat :
- Grade de référence :
- Fonction :
- Durée de travail :
 - ☐ Temps complet
 - ☐ Temps partiel%
 - ☐ Temps non completh/hebdo

MEDECIN DU TRAVAIL :

- Nom :
- Adresse :
- Adresse mail :

MEDECIN TRAITANT :

- Nom :
- Adresse :

MOTIF DE LA SAISINE DU CMS :

- ☐ recours de l'agent
☐ recours de l'administration

Date de l'avis du conseil médical en formation restreinte contesté :

Rappel :

- Le recours doit être formulé dans un délai de 2 mois suite à la notification de l'avis du conseil médical.
- Le recours est possible seulement si le conseil médical émet un avis contraire au médecin agréé).

MOTIF DU RECOURS :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à, le

L'autorité territoriale ou l'agent (*barrer la mention inutile*),

**Imprimé de saisine à transmettre dûment complété, accompagné des pièces constitutives du dossier. Les demandes sont à adresser directement à votre gestionnaire RH.
EN CAS DE DOSSIER INCOMPLET, CELUI-CI NE SERA PAS ETUDIE ET SERA RENVOYE POUR COMPLEMENT.**

PIECES A FOURNIR LORS DE LA SAISINE

- Les motifs de la contestation ;
- Tout élément (administratif ou médical) nouveau venant infirmer l'avis contesté ;

Le conseil médical supérieur dispose d'un délai de quatre mois pour rendre un avis à compter de la date à laquelle il réceptionne le dossier. Passé ce délai, en l'absence d'avis émis, l'avis du conseil médical en formation restreinte est considéré comme confirmé. Ce délai est suspendu lorsque le conseil médical supérieur fait procéder à une expertise médicale complémentaire.