



Octroi/prolongation d'un congé de longue maladie (CLM) ou congé de longue durée (CLD)

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e), Nom :

Prénom(s) :

Collectivité :

Grade :

Demande à bénéficier :

- de l'octroi du renouvellement
- d'un CLM d'un CLD

A compter du : / /

En cas de prolongation, date d'origine du CLM/CLD : / /

Fait à

Le

Signature

2. Partie à remplir par le médecin traitant ou suivant l'agent

Je soussigné(e), Docteur

certifie que l'état de santé de

Nom :

Prénom(s) :

Nécessite :

- l'octroi le renouvellement
- d'un CLM d'un CLD

A compter du : / /

En cas de prolongation, date d'origine du CLM/CLD : / /

Pour : 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

Fait à

Le

Signature + cachet du praticien

*NB : Toute pièce comportant des données médicales doit être fournie **sous pli confidentiel** à l'agent ou directement au CDG (adresse ci-dessous) et à l'attention du président du conseil médical.*