

CONGE DE LONGUE MALADIE - CONGE DE LONGUE DUREE

FORMULAIRE DE DEMANDE

Pour bénéficier d'un congé de longue maladie ou de longue durée le fonctionnaire en position d'activité, ou son représentant légal, doit adresser à l'autorité territoriale **une demande appuyée d'un certificat d'un médecin** spécifiant qu'il est susceptible de bénéficier des dispositions des articles L. 822-6 à L. 822-11 ou des articles L. 822-12 à L. 822-17 du CGFP (*Article 25 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux*)

1. Demande du fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage		N°séc. sociale	
Nom		Prénom(s)	
Téléphone		Mail	
Adresse			

à l'appui du **certificat médical joint au présent courrier**, demande :

- ☐ L'octroi d'un congé de longue maladie
- ☐ La prolongation d'un congé de longue maladie
- ☐ L'octroi d'un congé de longue durée à épuisement de la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie relevant de l'article 2
- ☐ La prolongation d'un congé de longue durée

Pour la période du : au :

A , le
Signature

2. Facultatif - Partie à remplir par le médecin en complément du certificat médical sécurisé

Je soussigné(e), Docteur , certifie que l'état de santé de

Nom Prénom(s)

nécessite :

- ☐ L'octroi d'un congé de longue maladie
- ☐ La prolongation d'un congé de longue maladie
- ☐ L'octroi d'un congé de longue durée à épuisement la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie relevant de l'article 2.
- ☐ La prolongation d'un congé de longue durée

Pour la période du : au :

A , le
Signature + coordonnées du praticien