MAJ 14/09/2026

CONSEIL MÉDICAL EN FORMATION RESTREINTE DES PYRENEES-ATLANTIQUES
DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

NOTICE A L'ATTENTION DU MEDECIN TRAITANT DE L'AGENT

En sa qualité d'agent de la fonction publique territoriale, votre patient dispose de droits à congé spécifiques nécessitant l'avis du Conseil Médical en formation restreinte.

Afin de conserver le secret médical, vous pouvez adresser directement au secrétariat du Conseil Médical des observations détaillées qui permettront aux médecins membres de cette instance de se prononcer sur la demande de votre patient.

Ce document est indispensable pour l'instruction du dossier de votre patient par le Conseil Médical Départemental en formation restreinte (cf. Décret n°87-602 du 30 juillet 1987).

A défaut d'éléments médicaux suffisants, une expertise médicale auprès d'un médecin agréé pourrait être demandée par le Conseil Médical.
Le positionnement de la situation administrative et financière de votre patient pourrait alors être retardé.

Le secrétariat du Conseil Médical est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire dont vous pourriez avoir besoin.

Afin de respecter le secret médical, le rapport détaillé est à adresser sous pli confidentiel directement au secrétariat du Conseil Médical à l'adresse suivante :

Centre de Gestion de la fonction publique territoriale des Pyrénées-Atlantiques
Secrétariat du Conseil Médical
A l'attention du Médecin Président
Rue Auguste Renoir
CS 40609
64006 PAU CEDEX
Téléphone : 05 59 90 03 90 – Fax : 05 59 90 03 94 – Mail : social@cdg-64.fr

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM : ……

PRENOM : ……

DATE DE NAISSANCE : ……/……/……
COLLECTIVITE EMPLOYEUR:……

IDENTIFICATION DU MEDECIN TRAITANT

Docteur ……

Médecin **Généraliste**
Spécialiste (indiquer la spécialité) : ……..

Adresse :
……
……
……

N° de téléphone : ……
N° de télécopie : ……..
Adresse mail : ……

Date d'établissement du présent rapport : ……/……/……..

I – HISTORIQUE ET ANTECEDENTS DU PATIENT *(Pathologies antérieures / Diagnostic et évolution de la pathologie motivant l'arrêt de travail…..)*

II- DOLEANCES ACTUELLES DU PATIENT *(Description de l'état de santé actuel……)*

III– DISCUSSION *(Traitement et soins en cours – Pronostic d'évolution de la pathologie – Durée envisagée des prolongations d'arrêt de travail….)*

IV- CONCLUSIONS

Au vu des constatations médicales exposées ci-dessus et, le cas échéant, des documents médicaux ci-joints, l'état de santé de M / Mme ..... nécessite :

L'octroi d'un :

- ❑ Congé de longue maladie
- ❑ Congé de longue durée
- ❑ Congé de grave maladie

Réintégration/Avis sur l'aptitude aux fonctions à l'issue des droits à :

- ❑ Congé maladie ordinaire
- ❑ Congé de longue maladie
- ❑ Congé de longue durée
- ❑ Congé de grave maladie

❑ **Réintégration** au cours d'un congé de longue maladie, d'un congé de longue durée ou d'un congé de grave maladie lorsque le bénéficiaire du congé exerce des fonctions qui exigent des **conditions de santé particulières** (sapeurs-pompiers…)

Réintégration/Avis sur l'aptitude aux fonctions lorsque l'agent a été placé en

- ❑ Congé maladie ordinaire d'office
- ❑ Congé de longue maladie d'office
- ❑ Congé de longue durée d'office

❑ **La reprise** avec un aménagement de poste suite à un congé de maladie

❑ **Reclassement dans un autre emploi** à la suite d'une altération de l'état de santé du fonctionnaire

Docteur ……
Cachet et signature