

**SAISINE CONSEIL MEDICAL  
FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Merci de compléter toutes les cases

**Identification de la collectivité**

Collectivité : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

-

Nom de la personne chargée du suivi du dossier et **son adresse mail**: .....

.....

Nom et adresse du médecin de prévention chargé du suivi médical de l'agent:

.....

**Identification de l'agent**

Nom Patronymique : .....

Nom marital : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Téléphone / Adresse mail personnels : .....

.....

Nom et adresse du médecin traitant : .....

.....

**Situation administrative**

Grade ou emploi : .....

Fonctions détaillées : (*joindre la fiche de poste*) .....

Affectation : .....

Statut de l'agent : Stagiaire  Titulaire  (*cocher la case correspondante*)

Nombre d'heures hebdomadaires : Temps complet  Temps non complet : ..... heures  
..... mn

Date d'entrée dans la Fonction Publique Territoriale : .....

Date d'entrée dans la collectivité : .....



Arrêts de travail :

<u>Arrêts</u>	Du ..../..../.....	Au ..../..../.....
Arrêt initial		
Prolongation		
Reprise		
Rechute		

Soins sans arrêts :

<u>Soins</u>	Du ..../..../.....	Au ..../..../.....

**Observations :** Apporter ci-dessous, toutes les précisions susceptibles d'éclairer les membres du conseil médical

-----

-----

-----

-----

-----

Y-a-t-il déjà eu un dossier au conseil médical pour cet agent ?

Oui

Date : -----

Motifs :-----

Non

Fait à ----- Le -----

Signature et cachet

