

ATTESTATION DE CONTESTATION

D'un avis de médecin agréé pour saisine du conseil médical *

Signataires ...

	Collectivité/Ets public	Agent
NOM :		
ADRESSE :		
CONTESTATION FORMULEE PAR :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motifs...

MOTIFS DE LA CONTESTATION	Cocher la case correspondante	Date de réalisation de l'expertise contestée
Admission aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières	<input type="checkbox"/>	
Visite contrôle : CITIS pour consolidation	<input type="checkbox"/>	
Visite contrôle : CITIS pour détermination taux IPP	<input type="checkbox"/>	
Visite contrôle : CITIS pour prise en charge des arrêts	<input type="checkbox"/>	
Visite contrôle : CITIS pour prise en charge des soins	<input type="checkbox"/>	
Bénéfice d'un temps partiel thérapeutique	<input type="checkbox"/>	
Prolongation d'un congé de maladie ordinaire ou Disponibilité d'office	<input type="checkbox"/>	
Renouvellement d'un Congé de Longue Durée	<input type="checkbox"/>	
Renouvellement d'un Congé de Longue Durée pour soins médicaux périodiques	<input type="checkbox"/>	
Réintégration à temps complet en cours de Congé de Longue Durée	<input type="checkbox"/>	
Renouvellement d'un Congé de Longue Maladie	<input type="checkbox"/>	
Renouvellement d'un Congé de Longue Maladie pour soins médicaux périodiques	<input type="checkbox"/>	
Renouvellement d'un Congé de Longue Maladie fractionnée	<input type="checkbox"/>	
Réintégration à temps complet en cours de Congé de Longue Maladie	<input type="checkbox"/>	
Contestation conclusions médecin agréé <input type="checkbox"/> à ses fonctions	<input type="checkbox"/>	
Avis d'inaptitude définitive <input type="checkbox"/> à toutes fonctions du grade <input type="checkbox"/> à toutes fonctions	<input type="checkbox"/>	
Contestation conclusions médecin agréé <input type="checkbox"/> à ses fonctions	<input type="checkbox"/>	
Avis d'aptitude <input type="checkbox"/> à toutes fonctions du grade <input type="checkbox"/> à toutes fonctions	<input type="checkbox"/>	

Le conseil médical se réserve le droit de solliciter tout document complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier en fonction de la situation de l'agent.

DATE, SIGNATURE ET CACHET
DE L'AUTORITE TERRITORIALE

DATE et SIGNATURE DE L'AGENT
(Si contestation par l'agent)

Le :

Le :

*Cadre réglementaire : Décret 2022-350 du 11/03/2022 pris pour l'application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux.