

# ATTESTATION

## Suite à la réception des conclusions d'expertise du médecin agréé

### Signataires :

	Collectivité/Ets public	Agent
NOM :		
ADRESSE :		
ATTESTE :	<input type="checkbox"/> Être d'accord avec les conclusions <input type="checkbox"/> Contester les conclusions	<input type="checkbox"/> Être d'accord avec les conclusions <input type="checkbox"/> Contester les conclusions
EXPERTISE :	Expertise réalisée le : Par le Docteur :	

### ***Si contestation, indiquer pour quel(s) motif(s), pour saisine du Conseil Médical :***

MOTIFS DE LA CONTESTATION	Cocher la case correspondante
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

Le :

Le :