

ATTESTATION

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

Signataires :

	Collectivité/Ets public	Agent
NOM :		
ADRESSE :		
ATTESTE :	☐ Être d'accord avec les conclusions ☐ Contester les conclusions	☐ Être d'accord avec les conclusions ☐ 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	☐
Visite contrôle : CITIS pour consolidation	☐
Visite contrôle : CITIS pour détermination taux IPP	☐
Visite contrôle : CITIS pour prise en charge des arrêts	☐
Visite contrôle : CITIS pour prise en charge des soins	☐
Bénéfice d'un temps partiel thérapeutique	☐
Prolongation d'un congé de maladie ordinaire	☐
Octroi / renouvellement de la disponibilité d'office pour raison de santé	☐
Octroi / Renouvellement d'un Congé de Longue Durée	☐
Octroi / Renouvellement d'un Congé de Longue Durée pour soins médicaux périodiques	☐
Octroi / Réintégration à temps complet en cours de Congé de Longue Durée	☐
Octroi / Renouvellement d'un Congé de Longue Maladie	☐
Octroi / Renouvellement d'un Congé de Longue Maladie pour soins médicaux périodiques	☐
Octroi / Renouvellement d'un Congé de Longue Maladie fractionnée	☐
Réintégration à temps complet en cours de Congé de Longue Maladie	☐
Contestation conclusions médecin agréé ☐ à ses fonctions	☐
Avis d'aptitude définitive ☐ à toutes fonctions du grade ☐ à toutes fonctions	
Contestation conclusions médecin agréé ☐ à ses fonctions	☐
Avis d'aptitude ☐ à toutes fonctions du grade ☐ à toutes fonctions	

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 :