**LETTRE D’INFORMATION A L’AGENT SUR LES DROITS AUX CONGES MALADIE**

**LETTRE DE DEMANDE DE L’AGENT DE CLM / CGM / CLD**

*à envoyer en recommandé avec accusé de réception*

[Nom de la collectivité] [Ville, Date]

[Adresse de la collectivité]

[Code Postal - Ville]

[Nom de l’Agent]

[Adresse de l’agent]

[Code postal - Ville]

**Objet : Information sur les droits à congé maladie (CLM/CGM/CLD)**

PJ : Modèle lettre de demande de l’agent d’un CLM/CGM/CLD

[Madame, Monsieur,]

Vous êtes actuellement en arrêt de maladie ordinaire depuis le [date]

Le statut de la fonction publique Territoriale permet aux fonctionnaires en activité à des droits à congés de maladie ordinaire (CMO), de longue maladie (CLM), de grave maladie (CGM) pour les titulaires de – de 28h ou les contractuels depuis plus de 3 ans, ou de longue durée (CLD) dans les cas où il est constaté que la maladie :

• met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, de façon temporaire.

• rend nécessaire un traitement et des soins prolongés,

• présente un caractère invalidant et de gravité confirmée.

La liste indicative des affections susceptibles d'ouvrir droit au congé de longue maladie, grave maladie ou de longue durée est fixée par l’arrêté du 14/03/1986.

La réglementation applicable prévoit :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TYPE DE CONGÉS** | **DURÉE MAXIMALE** | **RÉMUNÉRATION A PLEIN TRAITEMENT** | **RÉMUNÉRATION A 1/2 TRAITEMENT** | **FORMALITÉS A ACCOMPLIR** |
| **Fonctionnaires Temps complet (TC) et Temps non complet (TNC)** | | | | |
| Maladie ordinaire | 12 mois  consécutifs | 3 mois | 9 mois | Transmission du certificat médical d'arrêt de travail dans les 48 heures. |
| **Fonctionnaires + de 28 heures hebdomadaires** | | | | |
| CLM | 3 ans | 1 an | 2 ans | Certificat médical du médecin sous pli confidentiel  + lettre de demande de l'agent d'un CLM/CGM/CLD (en annexe), adressés à l’employeur qui saisira pour avis le Conseil Médical |
| CLD | 5 ans | 3 ans | 2 ans |
| **Fonctionnaires - 28heures hebdomadaires OU contractuel de plus de 3 ans** | | | | |
| CGM | 3 ans | 1 an | 2 ans | Certificat médical du médecin sous pli confidentiel  + lettre de demande de l'agent d'un CLM/CGM/CLD (en annexe), adressés à l’employeur qui saisira pour avis le Conseil Médical |

Vous trouverez un modèle de lettre de demande d'un CLM-CGM-CLD en pièce jointe à compléter par vos soins et à nous transmettre, si vous souhaitez qu’une demande de CLM/CGM/CLD soit examinée.

Pour information sans demande de votre part ou sans réponse de votre part dans **un délai de 15 jours à réception du présent courrier, la collectivité devra saisir l’avis d’un médecin agréé à compter de 6 mois d’arrêts consécutifs.**

A cet effet, dans tous les cas, vous devrez nous retourner le **certificat médical du médecin** joint, **sous pli confidentiel**, complété par votre médecin.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l’assurance de mes salutations.

[Signature de l’autorité territoriale]

[Nom, Prénom de l’agent]

[Adresse de l’agent]

[Grade, emploi]

[Monsieur le Maire/Président]

[Nom de la collectivité]

[Adresse de la collectivité]

[Code Postal - Ville]

A ………………………………………….

le …………………………………………

**Objet: Saisine du Conseil Médical Départemental en formation Restreinte**

[Monsieur le Maire / Monsieur le Président],

J’ai l’honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais au Conseil Médical Départemental, afin que cette instance émette un avis sur:

* l’octroi d’un congé de longue maladie sur demande (CLM)
* l’octroi d’un congé de longue durée (CLD)
* l’octroi d’un congé de grave maladie (CGM)
* autres situations

e*x. : aménagement des conditions de travail, reprise etc. …*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

à compter du………………………………………………….

ou pour la période du ………………………………………………...au …………………………………………………………….

Vous trouverez ci-joint et sous pli confidentiel le certificat médical de mon médecin qui mentionne ma pathologie ainsi que toutes pièces médicales utiles à l’examen de mon dossier.

Vous en souhaitant bonne réception,

Je vous prie de croire, [Monsieur le Maire /Monsieur le Président], à l’assurance de ma meilleure considération.

*Signature de l’agent*