**LETTRE AU MEDECIN AGREE POUR CONTROLE MEDICAL DE L’AGENT**

**+ RAPPORT A L’ATTENTION DU MEDECIN**

*à envoyer en recommandé avec accusé de réception*

[Nom de la collectivité] [ville] [date]

[Adresse de la collectivité]

[Code Postal] [Ville….]

[Nom du Médecin agrée]

[Adresse du médecin]

[Code postal][Ville]

**Objet : Contrôle médical**

Docteur,

Vous allez recevoir en consultation, le **[date et heure du rendez-vous] Mr/Mme [nom de l’agent]** en raison d’un contrôle, dans le cadre du décret 87-602 du 30 Juillet 1987, au titre de :

* Prolongation d’un arrêt maladie ordinaire au-delà de 6 mois consécutifs
* Renouvellement d’un Congé de Longue Maladie (CLM)
* Renouvellement d’un Congé de Longue Maladie Fractionné (CLMF)
* Renouvellement d’un Congé de Grave Maladie (CGM)
* Renouvellement d’un Congé de Longue Durée (CLD)

La fin de période d’arrêt est le [date de début d’arrêt]

Je vous serais reconnaissant(e) de répondre aux questions suivantes au vu de notre rapport, ci joint [joindre le rapport de la collectivité]

**L’arrêt prescrit est-il toujours justifié ?**  **□** Oui **□** Non

**L’arrêt doit-il être prolongé au-delà de la date de fin d’arrêt ? □** Oui **□** Non

Si oui, quelle est la durée prévisible de la prolongation : ……………………………………….

**Dans le cas d’un Congé de Longue Maladie Fractionné, un protocole de soins périodiques est-il toujours nécessaire au rétablissement de l’agent ? □** Oui **□** Non

**En cas de reprise, l’agent est-il apte à son poste ? □** Oui **□** Non

**Si oui, doit-il** **bénéficier d’un aménagement de poste ? Lequel ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**L’agent peut-il reprendre son travail à temps plein ?**

**□** Sans restriction de poste

**□** Avec les restrictions de poste suivantes :

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

**L’agent peut-il reprendre son travail à temps partiel thérapeutique ? à :**

**□** 50%  **□** 60%  **□** 70%  **□** 80%  **□** 90%

Pour ………..mois (3 mois maximum).

**□** Sans restriction de poste

**□** Avec les restrictions de poste suivantes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Je vous joins une copie des éléments en ma possession.

Pour information, l’agent doit se présenter **OBLIGATOIREMENT** à cette visite, en possession d’un certificat médical détaillé de son médecin traitant.

Afin de préserver le secret médical, je vous remercierai de nous envoyer les conclusions administratives de votre expertise uniquement ainsi que votre feuille d’honoraires à : [Indiquer le service et l’adresse de la collectivité]

Vous pouvez adresser votre expertise médicale complète sous pli confidentiel au Secrétariat du Conseil Médical, 1 rue Lavoisier, 59260 HELLEMMES.

Avec mes remerciements, je vous prie d’agréer, Docteur, l’expression de mes sincères salutations.

[Signature de l’autorité territoriale]

**Objet : Rapport de la collectivité pour médecin agréé**

**Pièces jointes : Fiche de poste**

**RAPPORT AU MEDECIN AGREE**

* Nom/Prénom de l’agent :
* Date de Naissance :
* Date d’embauche :
* Statut : (Contractuel, Titulaire + de 28h ; Titulaire – de 28h
* Temps de travail du poste :
* Métier exercé :

**Antécédents des arrêts maladie :**

Pour votre information, l’agent a déjà bénéficié **des périodes d’arrêts suivantes :**

* **Congé de maladie ordinaire : du ......au ..... soit ....... *(mois/année(s))*.**
* **Congé Longue Maladie (CLM): du ......au ..... soit ....... *(mois/année(s))*.**
* **Congé Longue Maladie Fractionné (CLMF): du ......au ..... soit ....... *(mois/année(s))*.**
* **Congé de Grave Maladie (CGM): du ......au ..... soit ....... *(mois/année(s))*.**
* **Congé de Longue Durée (CLD): du ......au ..... soit ....... *(mois/année(s))*.**

Actuellement, cet agent est en arrêt depuis le  [date de début d’arrêt]

Il a également bénéficié d’une période de Temps Partiel Thérapeutique du.... au ..... soit ***(mois/année(s))*.**

Il a déjà bénéficié d’aménagement de poste, soit : ……………………………………………………………………

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

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

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

***[NE PAS OUBLIER DE JOINDRE LA FICHE DE POSTE DE L’AGENT]***