

CERTIFICAT MEDICAL ADMINISTRATIF

Etabli à la demande de l'administration

A compléter uniquement par le médecin

Décret n°86-442 du 14/03/1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux et au régime de congés maladie des fonctionnaires -Titre II-article 20

Ce document ne doit pas comporter de renseignements médicaux

Dossier médical de M. / Mme

Date de naissance :

Fonction :

Je, soussigné(e), Docteur.....

certifie avoir examiné cet agent.

Son état de santé le met dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et nécessite :

1 - L'ATTRIBUTION OU REMPLACEMENT EN :

☐ Congé de longue maladie pour la période du.....au.....

☐ Congé de longue durée pour la période du.....au.....

☐ Congé de grave maladie pour la période du.....au.....

2 - LE RENOUVELLEMENT D'UN :

☐ Congé de longue maladie (art L 822-6 à L 822-11 du code général de la fonction publique)

Pour une durée de ☐ 3 mois ☐ 4 mois ☐ 5 mois ☐ 6 mois du.....au.....

☐ Congé de longue durée (art L 822-12 à L 822-17 du code général de la fonction publique)

Pour une durée de ☐ 3 mois ☐ 4 mois ☐ 5 mois ☐ 6 mois du.....au.....

☐ Congé de grave maladie (art 13 du décret 86-83 du 17/01/1986)

Pour une durée de ☐ 3 mois ☐ 4 mois ☐ 5 mois ☐ 6 mois du.....au.....

OU Son état de santé lui permet une réintégration :

3) - REINTEGRATION

Atteste que l'agent pourra reprendre ses fonctions

☐ à temps complet à compter du

☐ en temps partiel thérapeutique à compter du avec une quotité de %.

Tampon et signature du Médecin