

DEMANDE DE CONGÉS LONGS

À compléter et à adresser à :

DSDEN de la Haute-Savoie, Bureau des affaires médicales,

Cité administrative 7 Rue Dupanloup 74040 ANNECY

Ce.dsden74-medical@ac-grenoble.fr

Je soussigné(e)

M/Mme.....

né(e) le : / ____ / ____ / ____ /

adresse mail :

adresse postale :

Tél :

N° de sécurité sociale :

ai l'honneur de demander de bien vouloir **soumettre ma demande de congés au conseil médical départemental**, afin que cette instance émette un avis concernant :

☐ une première demande

☐ le renouvellement

☐ la transformation CLM en CLD

☐ d'un congé de longue maladie (CLM)

☐ d'un congé de longue durée (CLD)

☐ d'un congé de grave maladie (CGM pour les contractuels)

☐ d'une disponibilité d'office pour raisons de santé

Autres demandes :

.....

à compter du : / ____ / ____ / ____ /

Situation actuelle : ☐ fonctionnaire titulaire

☐ fonctionnaire stagiaire

☐ agent contractuel

Grade :

Affectation : ☐ ECOLE : (lieu d'affectation) :

☐ Autres

(préciser) :

Visa du supérieur hiérarchique (IEN)

Date et Signature de l'intéressé(e)