



## ATTESTATION DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL

**Tous les champs sont à renseigner obligatoirement**

### L'EMPLOYEUR :

Autorité territoriale : \_\_\_\_\_

### L'AGENT :

Nom d'usage \_\_\_\_\_ Nom de naissance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le : |\_\_|\_|\_|

Date d'entrée dans la collectivité : |\_\_|\_|\_| Date de titularisation : |\_\_|\_|\_|

Fonction(s) : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_ Catégorie :  A  B  C

Qualité statutaire :  Stagiaire  Titulaire (  CNRACL /  IRCANTEC )  Contractuel(le)

Quotité de temps de travail : |\_\_\_\_\_| heures |\_\_\_\_\_| minutes

Si arrêt de travail, date de reprise de l'agent : |\_\_|\_|\_|

### MOTIF DE LA SAISINE :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Rappel : Seul un dossier complet pourra être soumis en séance.  
Vous pouvez joindre tout autre document que vous considérez comme pertinent pour l'étude de la  
demande de saisine.**

*Date, Nom, Cachet et signature de l'autorité territoriale*