



## ATTESTATION DE SAISINE DU CONSEIL MÉDICAL

### ► L'EMPLOYEUR

.....

### ► L'AGENT

NOM, PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

FONCTION : .....

GRADE : .....

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*