

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

A remplir par l'administration et à adresser à :

DDCSPP DU HAUT-RHIN  
Cité Administrative – Bâtiment C  
Secrétariat du Comité Médical  
68026 COLMAR CEDEX

Téléphone : 03 89 24 82 08  
Télécopie : 03 89 24 82 07  
Courriel : [ddcspp-cmcr@haut-rhin.gouv.fr](mailto:ddcspp-cmcr@haut-rhin.gouv.fr)

**OBJET DE LA DEMANDE :**

- |   |   |
|---|---|
| Prolongation du congé ordinaire de maladie <input type="checkbox"/>                                       | Réintégration temps plein <input type="checkbox"/>  |
| Attribution d'un congé de longue maladie <input type="checkbox"/>   | Reprise à temps partiel thérapeutique (préciser<br>quotité de travail (de 50 à 90 %) <input type="checkbox"/> |
| Attribution d'un congé de grave maladie <input type="checkbox"/>  | Prolongation du temps partiel thérapeutique <input type="checkbox"/>  |
| Prolongation d'un congé de longue maladie <input type="checkbox"/>  | Autre demande (à préciser) :  |
| Attribution d'un congé de longue durée<br>après un an de congé de longue maladie <input type="checkbox"/> |   |
| Prolongation d'un congé de longue durée <input type="checkbox"/>  |   |
| Attribution d'une disponibilité d'office <input type="checkbox"/>   |   |
| Prolongation de la disponibilité d'office <input type="checkbox"/>  |   |

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

Grade :

Date d'entrée dans l'administration :

Adresse personnelle :

En cas d'hospitalisation, préciser le lieu :

L'agent est en congé ordinaire de maladie ininterrompu depuis le :

L'agent a-t-il eu au cours de sa carrière un dossier ouvert dans un Comité Médical :

OUI  NON

Dans l'affirmative dans quel département : Haut-Rhin

Autre  Préciser lequel :

Si oui, à quelle date a-t-il repris ses fonctions ?

**PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :**

- Certificat médical du médecin traitant
- Demande de l'agent
- Avis du médecin du travail  
(dans les cas prévus par la réglementation)

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature du Chef de Service