|  |
| --- |
| **CERTIFICAT MEDICAL** **POUR UNE DEMANDE DE PROLONGATION CONGE MALADIE****D’UN AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE**Je soussigné Docteur Certifie que l’état de santé de M/Mme Employeur : Poste occupé : nécessite la prolongation du **🞏 Congé de longue maladie 🞏 Congé de grave maladie 🞏 Congé de longue durée** pour un durée de (3 à 6 mois max) : 🞏 3 mois 🞏 6 mois Certifie : 🞏 Avoir été informé par l’agent de l’ouverture du congé de longue maladie (longue durée) en cours à compter du : ………./………/…….🞏 Avoir été informé de la possibilité de contrôle des arrêts de travail prescrits. Un justificatif médical pourra être demandé par un médecin contrôleur (ou conseil médical)  A , le  Signature + coordonnées du praticien |