**Courrier de l’agent pour une demande de CLM/CGM**

***Objet*** *:* Demande d'un CLM ou d'un CGM

Monsieur/Madame le Maire,

Conformément à l'avis de mon médecin traitant, je sollicite de votre bienveillance l'octroi d'un

congé de longue maladie/grave maladie pour une période de mois (3 mois minimum/6 mois maximum) à compter du :

Afin que ma demande puisse être soumise au conseil médical en formation restreinte, vous trouverez ci-joint sous pli confidentiel un certificat médical circonstancié de mon médecin traitant.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande et je reste à votre disposition pour tout complément d'information.

Je vous prie de croire, Monsieur/Madame le Maire, en l'assurance de ma considération distinguée.