|  |
| --- |
| **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 |