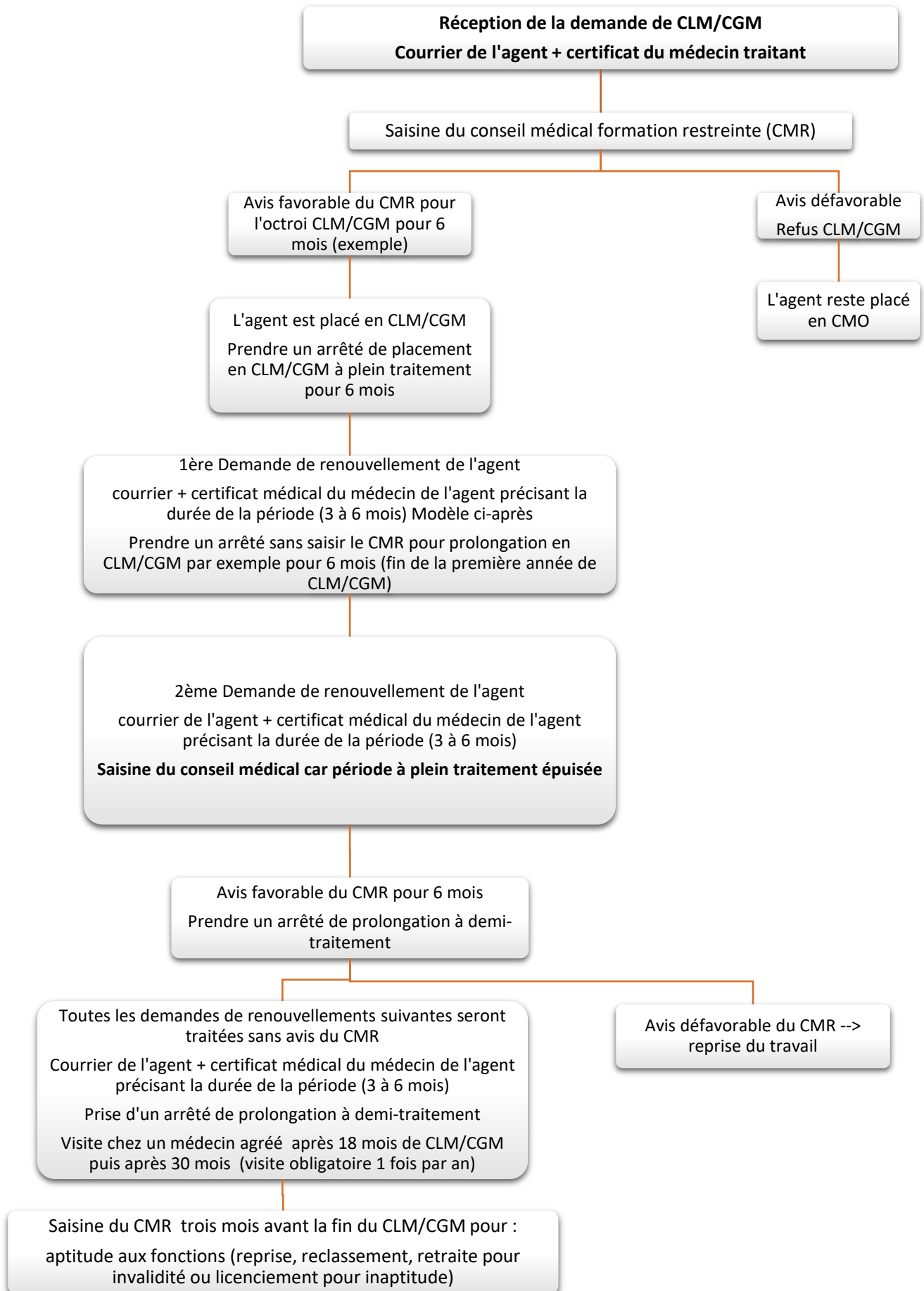


PROCESSUS DE TRAITEMENT D'UNE DEMANDE D'OCTROI DE CONGE DE LONGUE MALADIE (CLM) OU DE CONGE GRAVE MALADIE (CGM) ET DES PROLONGATIONS



CERTIFICAT MEDICAL

POUR UNE DEMANDE DE PROLONGATION CONGE MALADIE D'UN AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que l'état de santé de

M/Mme.....

Employeur :

nécessite la prolongation du

Congé de longue maladie

Congé de grave maladie

A compter du :/...../..... (date de fin de la période octroyée précédemment)

Durée (3 à 6 mois max) : 3 mois 6 mois

A ,

le

Signature + coordonnées du praticien