

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Identification de la collectivité

Collectivité :

Adresse :

Téléphone :

Nom de la personne chargée du suivi du dossier :

Nom et adresse du médecin de prévention chargé du suivi médical de l'agent :

.....

Identification de l'agent

Nom Patronymique :

Nom marital :

Prénoms :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Adresse personnelle :

.....

Nom et adresse du médecin traitant :

.....

Situation administrative

Grade ou emploi :

Fonctions détaillées :

Affectation :

Statut de l'agent : Stagiaire Titulaire Non titulaire (cocher la case correspondante)

Nombre d'heures hebdomadaires : Temps complet Temps non complet : ----heures--
---mn

N°CNRACL (le cas échéant) :

Date d'entrée dans la Fonction Publique Territoriale :

Date d'entrée dans la collectivité :

Récapitulatif des congés déjà obtenus

<u>Type de congés</u>	<u>Dates</u>
Congé maladie ordinaire au-delà des 6 mois	----- ----- ----- ----- -----
Congés de longue maladie	----- ----- ----- -----
Congés de longue durée	----- ----- ----- -----
Temps partiel pour raison thérapeutique	----- ----- ----- -----
Disponibilité d'office pour maladie	----- ----- -----
Congé de grave maladie	----- ----- ----- -----
Relevé des CLM, CLD, Grave maladie, Temps partiel thérapeutique obtenus durant toute la carrière de l'agent	----- ----- ----- ----- -----

Date et dernier avis du comité médical : -----

