

**DEMANDE DE CONGE POUR RAISON DE SANTE
ou de REPRISE D'ACTIVITE APRES CONGE**

A renseigner par l'agent et à transmettre par voie hiérarchique

NOM :

PRENOM :

GRADE :

AFFECTATION :

Adresse personnelle :

Téléphone :

OBJET DE LA DEMANDE :

☐ Demande d'octroi congé de longue maladie, congé grave maladie ou disponibilité pour raison de santé*

L'agent a-t-il déjà bénéficié d'un congé longue maladie, grave maladie ou longue durée dans sa carrière ?*
oui non

Si oui, en quelle année ?

☐ Demande de prolongation de congé (CLM – CLD – congé grave maladie – disponibilité pour raison de santé)*. Du au

☐ Demande de reprise des fonctions après congé à compter du

☐ A temps complet

☐ A temps partiel thérapeutique

L'agent a-t-il déjà bénéficié d'un temps partiel thérapeutique dans sa carrière ?* oui non

Si oui, en quelle année ?

Dans ce cas, quotité demandée : ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90%

Période de temps partiel thérapeutique déjà accordée: Du au

Pièces à joindre obligatoirement à la demande :

Pour une demande d'octroi de congé : un certificat médical simple + un certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin spécialiste de la pathologie

Pour une demande de prolongation de congé ou de reprise des fonctions : un certificat médical simple

Fait à : Le :

Signature de l'agent :
ou du chef de service :

Visa et signature du chef d'établissement

Merci d'adresser ce formulaire

**DSDEN 13 – DP3 bureau des affaires médicales
28/34 bd Charles Nedelec 13231 Marseille cedex1**

*** rayer les mentions inutiles**