



**DEMANDE DE CONGE POUR RAISON DE SANTE NON IMPUTABLE AU SERVICE
ou de REPRISE D'ACTIVITE APRES CONGE POUR RAISON DE SANTE**
A renseigner par l'agent et à transmettre par voie hiérarchique

NOM :

PRENOM :

Grade :

Affectation :

Adresse personnelle :

.....

Téléphone :

Mail :

N° SS :

OBJET DE LA DEMANDE :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demande d'octroi | <input type="checkbox"/> congé de longue maladie (CLM) non imputable |
| | <input type="checkbox"/> congé grave maladie (CGM) non imputable |
| | <input type="checkbox"/> disponibilité pour raison de santé (DO) |

- | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demande de prolongation* | <input type="checkbox"/> CLM | <input type="checkbox"/> CLD | <input type="checkbox"/> CGM | <input type="checkbox"/> DO |
| | Du au..... | | | |

* demande à formuler 3 mois avant la fin de la période de congé ou de DO déjà accordée

- Demande de reprise des fonctions*** après congé ou après disponibilité d'office pour raison de santé
A compter du..... *demande à formuler 3 mois avant la date de reprise souhaitée

- Je souhaite reprendre :
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> A temps complet |
| <input type="checkbox"/> A temps partiel thérapeutique
(sauf après disponibilité d'office pour raison de santé) |

Dans ce cas, quotité demandée : 50% 75%

Pièces à joindre obligatoirement à ce formulaire :

- Pour une demande d'octroi de congé : un certificat médical simple + un certificat médical détaillé sous pli confidentiel établi par le médecin spécialiste de la pathologie + votre dernier avis d'arrêt de travail
- Pour une demande de prolongation de congé ou de reprise des fonctions : un certificat médical simple
- Pour une demande de reprise à temps partiel thérapeutique : adjoindre aux pièces ci-dessus le formulaire de demande spécifique (annexe 2)

Fait à : Le :

Signature de l'agent :

Visa **et** signature de IEN

Merci d'adresser ce formulaire par voie hiérarchique à :
DSDEN Vaucluse - Pôle enseignants 1^{er} degré - - Bureau des affaires médicales –
49 Rue Thiers – 84000 Avignon – cedex 4