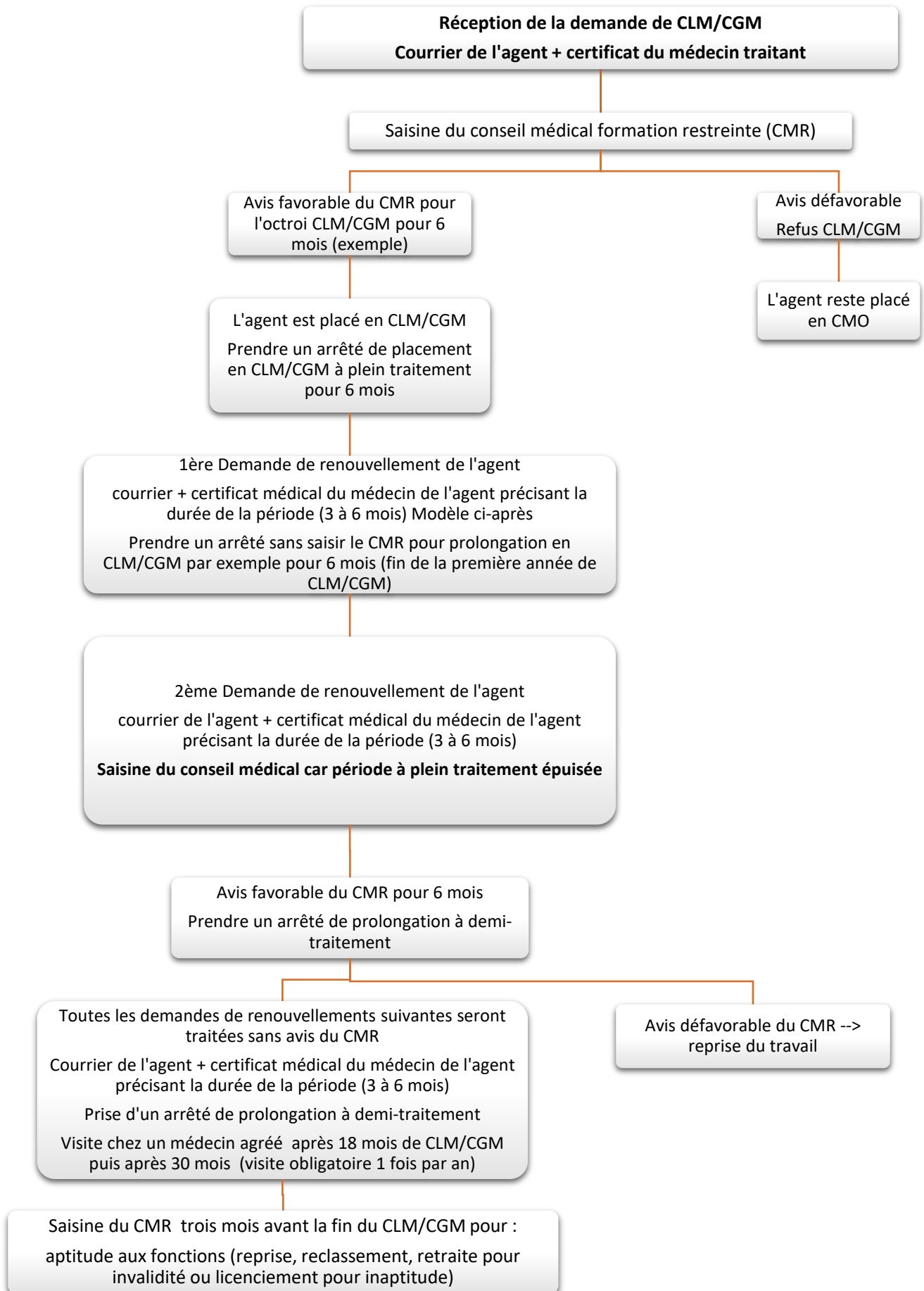


PROCESSUS DE TRAITEMENT D'UNE DEMANDE D'OCTROI DE CONGE DE LONGUE MALADIE (CLM) OU DE CONGE GRAVE MALADIE (CGM) ET DES PROLONGATIONS



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