CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
DE MARTINIQUE

Collectivité :……..…..

Dossier suivi par : M……..

Coordonnées :……..…

Saisine du conseil médical formation plénière

OBJET : DEMANDE DE CURE THERMALE

RENSEIGNEMENTS SUR L'AGENT

NOM :……..Nom de jeune fille :……Prénom :……..……

Date de Naissance :…….

Adresse personnelle de l'agent : ……..……
……

Adresse mail de l'agent : ……..……

FONCTIONNAIRE TITULAIRE ☐ FONCTIONNAIRE STAGIAIRE ☐ (Cocher la case correspondante)

Grade actuel : ……

PIECES JOINTES

- ☐ Courrier de l'autorité territoriale indiquant l'objet de la saisine et les questions précises pour lesquelles il est nécessaire d'avoir un avis,
- ☐ Copie du ou des Procès-Verbal (aux) du (des) Conseils médical(aux) formation plénière précédent(s),
- ☐ Certificat médical du Médecin prescripteur,
- ☐ Demande de l'agent d'une cure thermale,
- ☐ Toute pièce que la collectivité ou l'agent jugera utile de fournir afin d'éclairer l'avis des membres du conseil médical formation plénière.

DATE DE TRANSMISSION DU DOSSIER :…….