

Certificat médical

Avis du médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur _____, certifie que l'état de santé de :

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Nécessite :

La prolongation du congé de longue durée à compter du_ : _____

☐ OUI

☐ NON

Pour une durée de : ☐ mois (*dans la limite de 6 mois maximum*)

Veuillez préciser les raisons pour lesquelles un renouvellement est justifié (dans le respect du secret médical, aucune mention de la pathologie ne doit figurer) :

L'agent est-il apte ou inapte (temporairement ou définitivement) à ses fonctions ou à toutes fonctions ?

A _____, le _____
Signature et coordonnées du praticien