

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 :  3 mois  6 mois

Veillez 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 ?

---

---

---

---

---

---

*N.B. : Il est possible de joindre à ce certificat toutes pièces médicales que vous jugerez utiles.*

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature et coordonnées du praticien

*Notre mission,  
faciliter  
les vôtres !*