ACADÉMIE DE VERSAILLES
*Liberté Égalité Fraternité*

Direction des services départementaux de l'éducation nationale des Hauts-de-Seine

*DSDEN des Hauts-de-Seine*
*DRH – Affaires médicales – Bureau 16-16*
*167/177, avenue Joliot Curie - 92013 NANTERRE CEDEX*
*ce.ia92.affairesmedicales@ac-versailles.fr*

**DEMANDE ET NOTICE DE RENSEIGNEMENT**
**à destination des personnels des Hauts-de-Seine**
**A compléter par l'agent et à transmettre sous couvert du supérieur hiérarchique**

Je soussigné(e) M/Mme _____

né(e) le : 23/02/2023 _____ Tél. : _____

Adresse mail personnelle : _____

Adresse postale : _____

_____

N° de sécurité sociale : _____

ai l'honneur de vous **soumettre ma demande** afin d'émette un avis concernant :

☐ **une première demande** ☐ **le renouvellement** ☐ **la transformation du CLM en CLD**

☐ d'un congé de longue maladie (CLM)

☐ d'un congé de longue maladie (CLM) fractionné

☐ d'un congé de longue durée (CLD)

☐ d'un congé de grave maladie pour les contractuels (CGM)

☐ **d'une reprise de mes fonctions après un congé long** ☐ à temps plein ☐ à temps partiel thérapeutique

☐ **d'une disponibilité d'office pour raisons de santé**

☐ **d'une retraite pour invalidité**

**Autre demande** : _____

**A compter du :** _____

Situation actuelle : ☐ fonctionnaire titulaire ☐ fonctionnaire stagiaire ☐ agent contractuel

Grade :

Affectation : ☐ E.P.L.E ☐ ECOLE ☐ ETABLISSEMENT PRIVE (sous contrat)
☐ RECTORAT ☐ D.S.D.E.N ☐ Autre (préciser) _____

Lieu d'affectation : g _____

**Date et signature de l'intéressé(e) :** **Visa du supérieur hiérarchique** :

1- **Joindre à la présente demande un certificat médical simple de votre médecin.**
2- **Joindre un certificat médical détaillé sous pli confidentiel à l'attention du conseil médical départemental.**