

Avis du médecin agréé

Congé de maladie (CLM/CLD/CGM)

Je soussigné(e),

Docteur :

Médecin agréé,

Adresse :

Téléphone :

Certifie avoir examiné le :

Madame/Monsieur

Nom :

Prénom :

Employeur(s) :

Et émet l'avis suivant :

Motif de l'avis :

Le renouvellement du congé de maladie (*Congé de Longue Maladie, Congé de Longue Durée, Congé de Grave Maladie*) est-il justifié ?


FAVORABLE

Type de congé : CLM CLD CGM

Durée : 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

A compter du :

DEFAVORABLE *

 * Dans le cas d'un avis défavorable, merci de bien vouloir joindre un rapport médical détaillé 
SOUS PLI CONFIDENTIEL.

A, le

Signature + cachet