

Avis du médecin agréé

Congé de maladie d'office (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 :

L'octroi ou le renouvellement du congé de maladie d'office (*Congé de Longue Maladie d'office, Congé de Longue Durée d'office, Congé de Grave Maladie d'office*) est-il justifié ?



Merci de bien vouloir joindre **OBLIGATOIREMENT** un rapport médical détaillé
SOUS PLI CONFIDENTIEL.



FAVORABLE

Type de congé : CLM d'office CLD d'office CGM d'office

Durée : 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

A compter du :

DEFAVORABLE

A, le

Signature + cachet