

# Avis du médecin agréé

## Congé de Maladie Ordinaire au-delà de 6 mois

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 :

La prolongation du Congé de Maladie Ordinaire au-delà de 6 mois d'arrêts consécutifs est-elle justifiée ?

FAVORABLE

DEFAVORABLE \*

 \* Dans le cas d'un avis défavorable, merci de bien vouloir joindre un rapport médical détaillé 

**SOUS PLI CONFIDENTIEL.**

A ....., le .....

Signature + cachet