ACADÉMIE DE LILLE
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Nord

Division des Personnels Enseignants du premier degré Public

Formulaire de demande de congé de longue maladie ou de longue durée / disponibilité d'office pour raisons de santé / réintégration / retraite pour invalidité

Joindre un certificat médical détaillé de votre médecin traitant ou toutes pièces utiles à l'examen de votre dossier

Identité

Département : ☐ Nord ☐ Pas-de-Calais

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Affectation (école – circonscription) : _____

_____

Demande

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier au conseil médical ou au médecin agréé afin qu'il se prononce sur ma demande :

☐ **demande initiale** (*) ☐ **renouvellement**

☐ congé de longue maladie (CLM)

☐ congé de longue maladie (CLM) fractionné (**)

☐ congé de longue durée (CLD)

☐ **reprise de mes fonctions après CLM / CLD :** ☐ à temps plein ☐ à temps partiel thérapeutique
à compter du : _____

☐ **disponibilité d'office pour raisons de santé à l'expiration de mes droits à CLM / CLD / CMO**

☐ **retraite pour invalidité**
à compter du : _____

(*) Date de début du CLM : correspond au 1er jour d'arrêt en continu, y compris les périodes de vacances scolaires non couvertes par un arrêt de maladie

(**) Date de début du CLM fractionné : à réception par l'administration du Procès-Verbal du conseil médical

Signature

À _____, le _____

Signature :

Formulaire et pièces médicales à renvoyer sous pli confidentiel à l'adresse suivante :
DSDEN 59 – DPEP – BGM – 144 rue de Bavay – BP 669 - 59033 Lille Cedex
dsden59.dpep-bgm-clmcld@ac-lille.fr