

Prénom NOM
Grade
Affectation
Adresse personnelle

Monsieur le Président du Comité médical
s/c de (nom de votre structure d'affectation)
Adresse

Lieu, date (indiquez le lieu et la date)

Objet : Confirmation d'option : maintien en CLM ou passage en CLD
PJ : certificat médical ou tout autre document justifiant votre maladie

Monsieur le Président,

En réponse à votre lettre du....., j'ai l'honneur de vous adresser ci-joint le certificat médical établi par mon médecin traitant.

Conformément à la réglementation en vigueur en matière de congé de maladie, je demande :

- A être maintenu(e) dans le système renouvelable du congé de longue maladie (un an à plein traitement, deux ans à demi-traitement). -
- A être placé (e) en congé de maladie de longue durée (trois ans à plein traitement, deux ans à demi-traitement).

Avec mes sincères remerciements, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Indiquez votre Prénom et NOM
Signature