

Modèle de lettre de demande de CGM ou de son renouvellement

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 : **Demande d'un CGM ou renouvellement de mon CGM**
PJ : certificat médical ou tout autre document justifiant votre maladie

Monsieur le Président,

Conformément à l'avis de mon médecin traitant, je sollicite de votre bienveillance l'octroi ou le renouvellement **d'un ou de mon** congé de grave maladie pour une période de mois (**3 mois minimum ou 6 mois maximum**) à compter du :

Afin que ma demande puisse être soumise au comité médical compétent, je vous adresse un dossier comprenant deux certificats médicaux.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande et je reste à votre disposition pour tout complément d'information.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de ma considération distinguée.

Indiquez votre Prénom et NOM
Signature