

Avis du médecin agréé

Congé pour Invalidité Temporaire Imputable au Service au-delà de 6 mois

Je soussigné(e),

Docteur :

Médecin agréé,

Adresse :

Téléphone :

Certifie avoir examiné :

Madame/Monsieur

Nom :

Prénom :

Employeur(s) :

Et émet l'avis suivant :

Motif de l'avis :

La prolongation du Congé pour Invalidité Temporaire Imputable au Service 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