



## PARTIE À COMPLÉTER PAR LA COLLECTIVITÉ DONT DÉPEND L'ADHERENT

Type du congé de maladie : \_\_\_\_\_

Date de départ de l'arrêt de travail en cours : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Date du passage à demi-traitement : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Périodes à indemniser : \_\_\_\_\_

Reprise d'activité : OUI\*  NON\*  Si OUI le : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

**Détail des arrêts de travail au cours des douze derniers mois précédant la date du passage à demi-traitement à compléter ci-dessous :  
(ou joindre un tableau/état récapitulatif des absences maladie )**

Type du congé	Périodes rémunérées à plein traitement	Nombre de jours à plein-traitement

OBSERVATIONS :

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature ou cachet de la Collectivité

Mail du contact RH au sein de la collectivité :

### PIÈCES À JOINDRE À CE DOCUMENT :

- Les trois derniers bulletins de salaire ainsi que le bulletin de salaire à demi-traitement
- Pour les agents affiliés à la Sécurité Sociale : les décomptes des Indemnités Journalières de la Sécurité Sociale (même en cas de subrogation)
- Un RIB si celui-ci est différent du RIB utilisé pour le versement du salaire
- Le *questionnaire médical de demande de prestations* de la Mutuelle Nationale Territoriale complété et joint sous enveloppe cachetée portant la mention « Confidentiel - Secret médical »
- Le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental relatif au congé de maladie ou de l'arrêté municipal ou de la Commission de réforme.