**Certificat Médical Détaillé**

L’agent devra le faire compléter par son médecin traitant et le remettre au médecin agréé lors de sa visite

**Nom et prénom de l’agent :**

**Date de naissance de l’agent :**

**Nature de l’affection :**

**Antécédents médicaux :**

**État clinique actuel**

**Traitement en cours :**

**Caractère invalidant / Pronostic :**

**Possibilité de reprise :**

**Autre(s) information(s) :**

**Conclusions :**

**Date et nom du médecin :**

**Cachet et signature du praticien :**