



Date : Administration + adresse :

Personne(s) chargée(s) du dossier :

..... / / / Mail :

AGENT :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Grade Fonction :

Nombre d'heures hebdomadaires : / 35^{ème} Régime : CNRACL IRCANTEC

OBJET DE LA SAISINE :

Maladie Professionnelle en date du : Accident de service en date du :

Rechute en date du :

➤ Accident de service **(1)** du :

➤ Maladie professionnelle **(1)** du :

Statuer sur l'imputabilité au service (*uniquement si cette dernière n'est pas reconnue par l'administration*)

Fixer date de Consolidation et taux d'IPP

Arrêt de travail, soins : du au

Soins post consolidation

Aménagement du poste de travail

Reprise du travail :

➤ Octroi ou prolongation du Temps Partiel Thérapeutique : **uniquement qu'en cas de désaccord entre agent, médecin traitant et médecin agréé** à compter du :

➤ Temps plein à compter du :

Inaptitude au travail : poste occupé toutes fonctions

Retraite pour Invalidité

A.T.I

Majoration Tierce Personne

Cure Thermale

Autres :

Avis de l'administration (*favorable ou défavorable à la demande de l'agent*) :

Pièces Jointes Obligatoires (2):

- Expertise médicale
- Certificats médicaux
- Déclaration accident
- Rapport hiérarchique
- Certificats d'arrêts de travail
- Rapport obligatoire et détaillé du médecin de prévention

Non obligatoires :

- Autres :

(1) Rayer mention inutile – **(2)** Les dossiers incomplets feront l'objet d'un retour

Les éléments constitutifs du dossier :

- **Accident de service ou rechute d'un accident de service pour lequel l'administration ne reconnaît pas l'imputabilité :**
 - *Imprimé de saisine*
 - *Copie de déclaration d'accident*
 - *Copie du certificat médical initial*
 - *Rapport hiérarchique*
 - *Rapport du médecin de prévention obligatoire*
 - *Expertise médicale*

- **Maladie Professionnelle pour laquelle l'administration ne peut reconnaître l'imputabilité au service :**
 - *Imprimé de saisine*
 - *Certificat médical initial*
 - *Rapport hiérarchique*
 - *Rapport du médecin de prévention obligatoire*
 - *Expertise médicale*

- **Retraite pour invalidité :**
 - *Imprimé de saisine*
 - *Copie demande écrite de l'agent*
 - *Certificat médical du médecin traitant*
 - *Attestation de reclassement (formulaire CNRACL)*
 - *Imprimé AF3 (CNRACL) à faire compléter par le médecin expert*

- **Fixer date de consolidation et taux d'IPP d'un AS ou MP ou d'une rechute :**
 - *Imprimé de saisine*
 - *Certificat médical final (selon le cas)*
 - *Expertise médicale*
 - *Rapport du médecin de prévention obligatoire*

- **Reprise du travail à Temps Partiel Thérapeutique (octroi ou prolongation uniquement qu'en cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin agréé ordonnance 2017-53 du 19/01/2017) ou reprise à temps plein :**
 - *Imprimé de saisine*
 - *Certificat médical du médecin traitant*
 - *Expertise médicale*
 - *Rapport du médecin de prévention obligatoire*

- **Inaptitude au travail/ Aménagement de poste/ Reclassement :**
 - *Imprimé de saisine*
 - *Fiche de poste*
 - *Rapport du médecin de prévention obligatoire*
 - *Expertise médicale*

- **Majoration Tierce Personne :**
 - *Imprimé de saisine*
 - *Questionnaire médical (imprimé type de la Caisse) à faire compléter par le médecin expert*
 - *Enquête sociale (imprimé type de la Caisse) à faire compléter par une assistante sociale*

- **Demande d'une cure thermale :**
 - *Imprimé de saisine*
 - *Expertise médicale*
 - *Rapport du médecin de prévention obligatoire*
 - *Certificat médical du médecin traitant*

IMPORTANT : la commission de réforme ne pourra répondre aux questions de l'administration que si celles-ci ont également été posées lors de la mission confiée à l'expert.