



Date : Administration + adresse :

Personne(s) chargée(s) du dossier :

..... / / / / Mail :

AGENT :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Fonction :

Corps ou cadre d'emploi :

Grade :

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 :

➤ Temps plein à compter du :

➤ Temps Partiel Thérapeutique 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 écrit du médecin chargé

de la prévention (*pour les imputabilités au service et les cas de rechute non reconnus par l'administration*)

Non obligatoires :

- Autres :

- Observations écrites du médecin prévention :

(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*
 - 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*
 - 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*
- **Reprise du travail à Temps Partiel Thérapeutique ou temps plein :**
 - Imprimé de saisine*
 - Certificat médical du médecin traitant*
 - Expertise médicale*
- **Inaptitude au travail/ Aménagement de poste/ Reclassement :**
 - Imprimé de saisine*
 - Rapport du médecin de prévention*
 - 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*
- **Reprise du travail (temps plein ou Temps Partiel Thérapeutique) / Cure Thermale :**
 - Imprimé de saisine*
 - Expertise médicale*

Après vérification de la complétude du dossier inscription à l'ordre du jour de la prochaine séance, sous réserve que le nombre de dossiers pour la séance ne soit pas déjà atteint.

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.