

FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
**SECRÉTARIAT DU CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL  
EN FORMATION PLENIÈRE**  
PLACÉ AUPRÈS du CDG 66

Dossier à transmettre avec la mention « **CONFIDENTIEL / NE PAS OUVRIR** » au :  
**Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des Pyrénées Orientales**  
**Secrétariat du Conseil médical départemental formation plénière**

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ**

Collectivité (à initiative de la demande si agent intercommunal) :

Adresse :

Personne en charge du dossier :

Téléphone : ..... Courriel :

Nom et coordonnées du médecin de prévention :

**IDENTIFICATION DE L'AGENT**

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom patronymique : ..... Nom marital :

Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° sécurité sociale

Adresse :

Téléphone : ..... Courriel :

Grade : ..... Catégorie : A ☐ B ☐ C ☐

Fonctions exercées :

Titulaire CNRACL ☐ Stagiaire CNRACL ☐

Date d'entrée dans la FPT : ..... Dans la collectivité : ..... Date affiliation à la CNRACL .....

L'agent est-il détaché ? OUI ☐ NON ☐

Temps de travail dans la collectivité : ..... heures/semaine

\*Agent intercommunal, si oui, précisez la collectivité :

Temps de travail autre(s) collectivité(s) : ..... heures/semaine .....heures/semaine

En cas d'hospitalisation, préciser le lieu :

L'agent a-t-il eu, au cours de sa carrière, un dossier ouvert dans un Comité médical départemental (avant le 13/03/2022) ou dans un Conseil médical départemental (à compter du 14/03/2022) : OUI ☐ NON ☐  
Dans l'affirmative, dans quel département :

## OBJET DE LA DEMANDE conseil médical en formation plénière

**IMPUTABILITÉ NON RECONNUE PAR LA COLLECTIVITÉ** (en cas de faute personnelle ou circonstance particulière détachant l'accident du service) ou (en cas de fait personnel ou circonstance particulière détachant l'accident de trajet du service) :

☐ d'un accident de service survenu le : ..... ☐ d'une rechute survenue le : .....

☐ d'un accident de trajet survenu le : ..... ☐ d'une rechute survenue le : .....

**Raison du refus :** .....

.....

**IMPUTABILITÉ NON RECONNUE PAR LA COLLECTIVITÉ :**

☐ d'une maladie contractée en service inscrite aux tableaux des maladies professionnelles du Code de la sécurité sociale dont toutes les conditions ne sont pas remplies constatée le : .....

☐ d'une maladie contractée en service non inscrite aux tableaux des maladies professionnelles du Code de la sécurité sociale (article L822-20, al.3 du CGFPT) constatée le : .....

☐ d'une rechute survenue le : .....

**Raison du refus :** .....

.....

**CONSOLIDATION – INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP) - ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ (ATI)**

☐ Date de constatation de la consolidation et détermination du taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) en vue d'une demande ☐ d'Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI) auprès de l'ATIACL

☐ Révision quinquennale de l'ATI ☐ Révision nouvel accident

☐ **RECLASSEMENT - PPR DANS UN AUTRE EMPLOI À LA SUITE D'UNE ALTÉRATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DU FONCTIONNAIRE** (article 5, 6° décret n° 87-602) faisant suite à un accident de service/ trajet imputable au service ou une maladie professionnelle. **En suivant le dossier devra être instruit par le conseil médical en formation restreinte pour la validation de la PPR.**

☐ **RENTE D'INVALIDITÉ D'UN STAGIAIRE**

**RETRAITE**

☐ Mise à la retraite pour invalidité ne résultant pas du service

☐ Mise à la retraite pour invalidité résultant du service

☐ Mise à la retraite spéciale (pension pour orphelin infirme, invalidité du conjoint ou de l'enfant)

☐ Majoration de pension pour l'assistance d'une tierce personne

☐ **CONGÉ POUR ACTE DE DÉVOUEMENT** (article 57 loi 84-53, 2°, al. 2 et 3 article L27 du CPCM)

☐ **ATTRIBUTIONS DES PRESTATIONS ET INDEMNISATIONS RELATIFS À LA PROTECTION SOCIALE DES SAPEURS-POMPIERS VOLONTAIRES** (article 5-1 décret n° 87-602) faisant suite à un accident de service/ trajet imputable au service ou une maladie professionnelle

☐ **AUTRE DEMANDE**

Autre, préciser : .....

## RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ DÉJÀ OBTENUS DEPUIS L'ÉVÉNEMENT

<b>TYPES DE CONGÉ</b> (congé de MALADIE ORDINAIRE, congé de LONGUE MALADIE, congé de LONGUE DURÉE, congé de GRAVE MALADIE, Congé pour Invalidité Temporaire Imputable au Service CITIS, Disponibilité d'Office pour raison de santé, période de Temps Partiel Thérapeutique)	<b>PÉRIODES</b>
	Du au
	Du au
	Du au
	Du au
	Du au
	Du au

Joindre les arrêts

Fait à ..... le ..... Cachet et signature de l'autorité territoriale

## PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT DANS LES CAS DE SAISINE du CONSEIL MEDICAL EN FORMATION PLENIERE

### ACCIDENT DE SERVICE

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet et les questions précises auxquelles doivent répondre les membres du CMP, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Courrier de l'autorité territoriale** indiquant les raisons pour lesquelles l'employeur ne reconnaît pas l'imputabilité au service de l'accident (faute personnelle ou toute autre circonstance particulière).
- ☐ **Courrier de l'agent** demandant la reconnaissance de l'accident de service.
- ☐ **Déclaration de l'accident** faite par l'agent mentionnant les circonstances exactes des faits (date, heure, lieu, activité au moment des faits, siège des lésions ...) signée et datée ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Certificat médical Initial** de constat de lésion. La transmission de ce certificat est obligatoire. Il doit mentionner le siège et la nature des blessures.
- ☐ **Autres certificats médicaux** (de prolongation, de soin, de reprise d'activité, certificat final de consolidation ou de guérison...)
- ☐ **Enquête administrative** réalisée par l'employeur sur les circonstances de l'accident et établissant le lien avec le travail habituel de l'agent (joindre les témoignages écrits). Doivent être précisés les horaires de l'agent, la date, l'heure et le lieu de l'accident, les circonstances et l'activité exercée par l'agent au moment de l'accident. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Fiche de poste** ou détail des fonctions exercées
- ☐ **Rapport de la médecine professionnelle** (facultatif).
- ☐ **Expertise d'un médecin agréé saisi par l'employeur**, qui après examen de l'agent précise si tous les arrêts et soins sont justifiés et en relation directe et certaine avec l'accident de service ou de trajet, s'il y a état antérieur, si une date de reprise peut être envisagée avec guérison ou consolidation, un taux d'invalidité partielle permanente.

### ACCIDENT DE TRAJET

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet de la saisine et les questions précises auxquelles doivent répondre les membres du CMP, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Courrier de l'autorité territoriale** indiquant les raisons pour lesquelles l'employeur ne reconnaît pas l'imputabilité au service de l'accident de trajet (fait personnel ou toute autre circonstance particulière),
- ☐ **Courrier de l'agent** demandant la reconnaissance de l'accident de trajet.
- ☐ **Déclaration de l'accident** faite par l'agent mentionnant les circonstances exactes des faits (date, heure, lieu, activité au moment des faits, siège des lésions ...) signée et datée ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Certificat médical Initial** de constat de lésion. La transmission de ce certificat est obligatoire. Il doit mentionner le siège et la nature des blessures.
- ☐ **Autres certificats médicaux** (de prolongation, de soin, de reprise d'activité, certificat final de consolidation ou de guérison...)
- ☐ **Enquête administrative** réalisé par l'employeur sur les circonstances de l'accident et établissant le lien avec le travail habituel de l'agent (joindre les témoignages écrits). Doivent être précisés les horaires de l'agent, la date, l'heure et le lieu de l'accident, les circonstances et l'activité exercée par l'agent au moment de l'accident. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Fiche de poste** ou détail des fonctions exercées
- ☐ **Rapport de la médecine professionnelle** (facultatif).
- ☐ **Expertise d'un médecin agréé saisi par l'employeur**, qui après examen de l'agent précise si tous les arrêts et soins sont justifiés et en relation directe et certaine avec l'accident de service ou de trajet, s'il y a état antérieur, si une date de reprise peut être envisagée avec guérison ou consolidation, un taux d'invalidité partielle permanente.
- ☐ **Plan de trajet**, horaires de travail, durée normalement nécessaire pour effectuer le trajet, dans le cas d'une interruption ou d'un détour lors du trajet, apporter des précisions sur les motivations de cette interruption ou détour (**constat, témoignages**).

**Maladies professionnelles désignées par les tableaux de la sécurité sociale et toutes les conditions ne sont pas remplies.  
Maladies professionnelles non désignées par les tableaux de la sécurité sociale :**

- ☐ **Imprimé de saisine** précisant les questions auxquelles doit répondre le conseil médical en formation plénière. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Déclaration de la maladie professionnelle** faite par l'agent. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Certificat médical initial** faisant apparaître la désignation de la maladie, le numéro de tableau, la date de la première constatation de la maladie.
- ☐ **Courrier de l'autorité territoriale** indiquant les éléments qui le conduisent à considérer que la maladie n'est pas essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions,
- ☐ **Courrier de l'agent** demandant la reconnaissance de la maladie professionnelle.
- ☐ **Rapport de la médecine professionnelle (transmission obligatoire de ce document)**. Ce rapport désigne la maladie et le numéro du tableau, il est communiqué au médecin agréé avec l'ensemble des pièces médicales. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Enquête administrative** décrivant le poste de travail occupé par l'agent et permettant d'apprécier les conditions d'exposition au risque professionnel concerné. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Expertise d'un médecin agréé saisi par l'employeur** confirmant le libellé et le numéro d'inscription de la maladie au tableau des maladies professionnelles et que l'agent souffre de cette maladie.  
Pour les maladies professionnelles hors tableau l'expertise doit déterminer le taux d'IPP prévisionnel.
- ☐ **Fiche de poste** ou détail des fonctions exercées
- ☐ **Etat de congés de maladie** antérieurs.

**RECHUTE d'un accident de service ou d'un accident de trajet ou maladie professionnelle :**

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet de la saisine et les questions précises auxquelles doivent répondre les membres du CMP, les raisons pour lesquelles l'employeur ne reconnaît pas l'imputabilité des prolongations ou de la rechute de l'accident ou de la maladie professionnelle, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Courrier de l'agent** demandant la reconnaissance de la rechute.
- ☐ **Dossier initial** (déclaration, rapport hiérarchique, certificat médical initial...)
- ☐ **Certificats médicaux de prolongation**, de rechute, de reprise, final...
- ☐ **Rapport de la médecine professionnelle (transmission obligatoire de ce document si rechute de maladie professionnelle)**. Ce rapport désigne la maladie et le numéro du tableau, il est communiqué au médecin agréé avec l'ensemble des pièces médicales. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Les procès-verbaux** antérieurs du CMP en cas de rechute et/ou arrêtés de reconnaissance de l'accident de service ou de trajet ou maladie professionnelle.
- ☐ **Expertise d'un médecin agréé saisi par l'employeur**, qui après examen de l'agent précise si toutes prolongations ou la rechute sont justifiées et en relation directe et certaine avec l'accident ou la maladie initiale, s'il y a état antérieur, si une de date de reprise peut être envisagée avec guérison ou consolidation, un taux d'invalidité partielle permanente.

**Prise en charge des frais médicaux consécutifs à l'accident de service ou de trajet ou la maladie professionnelle**

- ☐ **Imprimé de saisine** précisant les questions auxquelles doivent répondre les membres du CMP. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Courrier de l'agent** demandant la prise en charge des frais médicaux.
- ☐ **Dossier initial** de l'accident ou la maladie (décision d'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie prise par la collectivité, enquête administrative, certificat médical initial, précédents rapports médicaux...).
- ☐ **Précédents procès-verbaux** du CMP (le cas échéant).
- ☐ **Certificat médical initial** faisant apparaître les premières constatations des lésions.
- ☐ **Certificats du médecin** prescrivant les soins (dans le cas de la cure thermique).
- ☐ **Pièces justificatives nécessaires** (devis pour l'appareillage, lunettes, entente préalable, ...).
- ☐ **Expertise d'un médecin agréé saisi par l'employeur**. Pour la cure thermique, cette expertise devra préciser qu'elle constitue un mode de traitement absolument nécessaire au rétablissement de l'agent et que, faute d'être suivie dans le délai médicalement prescrit, la maladie/accident rendra impossible l'exercice des fonctions.

## CONSOLIDATION – INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP) - ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ (ATI)

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet de la saisine et les questions précises auxquelles doivent répondre les membres de la CDR, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Attestation d'acceptation de taux d'IPP signée par l'agent** (si l'agent conteste le taux IPP, le dossier sera transmis en conseil médical formation restreinte). ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Courrier de l'agent demandant l'allocation temporaire d'invalidité** (sauf en cas de révision quinquennale).
- ☐ **Expertise d'un médecin agréé saisi par l'employeur.**
- ☐ **rapport médical ATIACL.** ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Dossier administratif ATIACL complété** (dossier fourni par la Caisse des Dépôts et Consignation) ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ Copie du procès-verbal du conseil médical donnant un avis sur l'attribution de l'ATI, accompagné du rapport médical évaluant les séquelles lors de la consolidation (le cas échéant). (si la demande d'ATI n'est pas concomitante à la demande de consolidation/taux IPP).
- ☐ Copie du courrier de l'ATIACL attribuant l'ATI (le cas échéant). (pour une révision quinquennale)
- ☐ Copie du courrier de l'ATIACL sollicitant la demande de révision quinquennale (le cas échéant).
- ☐ L'arrêté ou la décision d'attribution visant le PV de conseil médical.

## RECLASSEMENT

- ☐ **Imprimé de saisine** précisant les questions auxquelles doit répondre le conseil médical en formation plénière. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Demande écrite de l'agent**
- ☐ **Pièces relatives à l'accident de service/ trajet ou la maladie** (déclaration de l'agent, expertise administrative, certificat médical initial (et final s'il existe), (rapports médicaux, précédents procès-verbaux du CMP le cas échéant.)
- ☐ **Arrêté d'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie** prise par l'employeur.
- ☐ **Fiche de poste actuelle de l'agent.**
- ☐ **Rapport du médecin du travail** accompagné éventuellement de la fiche du nouveau poste que pourra occuper l'agent.
- ☐ **Expertise du médecin agréé.**

En suivant le dossier devra être instruit par le conseil médical en formation restreinte pour la validation de la PPR.

## RETRAITE POUR INVALIDITÉ suite à accident de service/trajet ou maladie professionnelle

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet de la saisine (retraite pour invalidité d'office ou sur demande), demandant un avis sur l'inaptitude absolue et définitive de l'agent à l'exercice de ses fonctions et éventuellement sur l'octroi d'une rente d'invalidité, indiquant notamment la date d'affiliation à la CNRACL, et/ou sur une majoration pour tierce personne, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Le formulaire AF3** complété par l'employeur et par le médecin agréé accompagné de toutes les pièces médicales : notamment les certificats médicaux, les précédents procès-verbaux du conseil médical plénier ou du conseil médical restreint, le rapport du médecin du travail et les pièces relatives à l'accident de service ou à la maladie professionnelle pour une retraite imputable au service. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Demande de l'agent de sa mise en retraite pour invalidité** sauf si retraite pour invalidité d'office.
- ☐ **Attestation de non-reclassement** sauf inaptitude à toute fonction. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Copie de la décision** d'octroi de l'allocation temporaire d'invalidité
- ☐ **Pièces relatives à l'accident de service/trajet ou à la maladie professionnelle** imputable au service (déclaration de l'accident, certificats médicaux, rapport hiérarchique...)
- ☐ **Fiche de poste**
- ☐ **Expertise(s) du(s) médecin(s) agréé(s) somatiques et/ou spécialistes**

## RETRAITE POUR INVALIDITE non imputable au service

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet de la saisine (retraite pour invalidité d'office ou sur demande), demandant un avis sur l'incapacité absolue et définitive de l'agent à l'exercice de ses fonctions et éventuellement sur l'octroi d'une rente d'invalidité, indiquant notamment la date d'affiliation à la CNRACL, et/ou sur une majoration pour tierce personne, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Demande de l'agent de sa mise en retraite pour invalidité** sauf si retraite pour invalidité d'office.
- ☐ **Attestation de non-reclassement** sauf incapacité à toute fonction. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Copie de la décision d'octroi** de l'allocation temporaire d'invalidité.
- ☐ **Pour une retraite pour invalidité par radiation des cadres d'office : joindre la copie du procès-verbal** du conseil médical en formation restreinte déclarant l'incapacité définitive à ses fonctions et à toute fonction lorsque l'agent a épuisé ses droits à congés : maladie ordinaire, longue maladie et longue durée.
- ☐ **Pour une retraite pour invalidité sur demande du fonctionnaire** : joindre la demande de l'agent. Le formulaire AF3 sous pli confidentiel est transmis par le conseil médical en formation restreinte.

## Majoration pour tierce personne

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet de la saisine demandant une majoration pour tierce personne, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Demande de l'agent.**
- ☐ **Questionnaire TP Majoration pour assistance d'une tierce personne** ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Expertise médicale de l'agent** (formulaire AF3) complété par le médecin agréé, signé par l'agent.
- ☐ **Courrier de la CNRACL** indiquant l'objet de la saisine et les questions à poser au conseil médical en formation plénière. (éventuellement).

## Congé pour infirmités de guerre

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet de la saisine, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent et l'objet de la saisine ainsi que les questions auxquelles doit répondre le CMP. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Demande de l'agent.**
- ☐ **Certificat médical du médecin traitant.**
- ☐ **Dossier comportant tous les éléments** permettant d'apprécier le lien de causalité entre l'affection motivant la demande et les infirmités ayant donné lieu à pension d'invalidité.

## Réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet de la saisine, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent et l'objet de la saisine ainsi que les questions auxquelles doit répondre le CMP. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Demande de l'agent.**
- ☐ **Certificat médical du médecin traitant**

## Liquidation anticipée de la retraite lorsque le fonctionnaire ou son conjoint est atteint d'une infirmité ou d'une maladie incurable, le plaçant dans l'impossibilité d'exercer une quelconque profession.

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet de la saisine, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent et l'objet de la saisine ainsi que les questions auxquelles doit répondre le CMP. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Demande de l'agent.**
- ☐ **Certificat médical du médecin traitant.**
- ☐ **Expertise d'un médecin agréé** (modèle AF3)
- ☐ **Carte d'invalidité de l'enfant** ou du conjoint invalide.



## Pension d'orphelin infirme

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet de la saisine, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent et l'objet de la saisine ainsi que les questions auxquelles doit répondre le CMP. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Demande des ayants-droits de l'agent.**
- ☐ **Certificat médical du médecin traitant**
- ☐ **Expertise d'un médecin agréé** (modèle AF3)
- ☐ **Demande de la CNRACL**

## Octroi d'un congé pour maladie résultant de blessures ou de maladie contractées ou aggravées soit en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public, soit en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes.

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet de la saisine, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent et l'objet de la saisine ainsi que les questions auxquelles doit répondre le CMP. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Demande de l'agent.**
- ☐ **Certificat médical du médecin traitant**
- ☐ **Expertise d'un médecin agréé** (modèle AF3)

## Licenciement du stagiaire pour inaptitude physique imputable au service avec application d'une rente.

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet de la saisine, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent et l'objet de la saisine ainsi que les questions auxquelles doit répondre le CMP. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Demande de l'agent.**
- ☐ **Certificat médical du médecin traitant**
- ☐ **Expertise d'un médecin agréé** (modèle AF3)
















## Attribution des prestations et indemnisations des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service : à noter que la saisine de la formation plénière n'est pas obligatoire lorsque l'incapacité de travail qui résulte de l'accident ou de la maladie ne dépasse pas 15 jours et que l'imputabilité au service est reconnue par le président du conseil d'administration du SDIS.

- ☐ **Imprimé de saisine** indiquant l'objet de la saisine, le nom, prénom, date de naissance, adresse, grade, fonction et temps de travail de l'agent et l'objet de la saisine ainsi que les questions auxquelles doit répondre le CMP. ([document téléchargeable sur le site Internet cdg66](#)).
- ☐ **Demande de l'agent.**
- ☐ **Certificat médical du médecin traitant**
- ☐ **Expertise d'un médecin agréé** (modèle AF3)

## Toutes autres pièces utiles à éclairer le conseil médical



***...en plus ...modèles de documents téléchargeables***

<b>Modèle de déclaration accident de service/trajet</b>  9 modèle declaration accident	<b>Modèle de déclaration maladie professionnelle</b>  10 modèle declaration maladie	<b>Modèle enquête administrative</b>  11 CITIS enquête administrative et rap	<b>Modèle lettre de mission médecin agréé accident de service/trajet</b>  83 modele de lettre mission medecin ag	<b>lettre de mission médecin agréé maladie professionnelle</b>  84 modele de lettre mission medecin ag
<b>Liste des médecins agréés</b>  3 medecins agrees juin 2025.pdf	<b>Modèle de convocation médecin agréé 1 fois /an CITIS</b>  85 modele convocation rdv ave	<b>Modèle de rapport maladie professionnelle médecin du travail</b>  12 médecin du travail modèle de ra	<b>Attestation de reclassement ou de non-reclassement</b>  58 Attestation_de_recla	<b>Modèle de courrier d'acceptation du taux IPP ou de non-acceptation</b>  44 modèle d'attestation d'acce
<b>Formulaire AF3</b>  62 Formulaire_AF3_202	<b>Note explicative formulaire AF3</b>  82 notice explicative formulair	<b>Rapport médical ATI</b>  80 modele caisse des depots rapport	<b>Dossier administratif ATIACL</b>  38 Dossier-administrati	<b>Questionnaire tierce personne</b>  81 modele questionnaire major

**Centre de Gestion de la fonction publique territoriale**  
**Secrétariat du conseil médical**  
**35, boulevard Saint Assisclle Bâtiment B 2<sup>ème</sup> étage 66020 Perpignan**  
[s.calavera@cdg66.fr](mailto:s.calavera@cdg66.fr) [k.raffour@cdg66.fr](mailto:k.raffour@cdg66.fr) [n.peinazo@cdg66.fr](mailto:n.peinazo@cdg66.fr)