

IMPORTANT : Afin de permettre l'instruction de la demande, l'ensemble des champs doivent obligatoirement être renseignés et les pièces demandées jointes au dossier. En cas d'incomplétude de la saisine, celle-ci vous sera retournée pour compléments. Dans l'attente, l'instruction ne pourra débuter.

Renseignements concernant l'agent

Madame

Monsieur

Nom d'usage :	<input type="text"/>	Adresse :	<input type="text"/>							
Nom patronymique :	<input type="text"/>	Complément :	<input type="text"/>							
Prénom(s) :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>							
Date de naissance :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>							
Statut applicable :	<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Ouvrier d'état							
Fonction publique :	<input type="checkbox"/> Etat	<input type="checkbox"/> Territoriale	<input type="checkbox"/> Hospitalière							
Corps :	<input type="text"/>	Grade :	<input type="text"/>							
CAP :	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Entrée dans l'Adm. :	<input type="text"/>	Titularisation :	<input type="text"/>							
Fonction :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>							
NIR :	<input type="text"/>		<input type="text"/>							

Renseignements concernant le service en charge du dossier

Entité juridique* :	<input type="text"/>	Service RH*** :	<input type="text"/>
Structure** :	<input type="text"/>	Nom du référent :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>
Complément :	<input type="text"/>	Mél. :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>		
Ville :	<input type="text"/>		

*Entité juridique de rattachement : Agriculture, Culture, Défense, Economie, Santé, Travail, Justice, etc.
**Structure d'affectation : Agence de santé, Centre hospitalier, etc.
***Service RH : en charge de la gestion du dossier de l'agent

Renseignements concernant la maladie ou l'accident

Maladie professionnelle n° :	<input type="text"/>	Du :	<input type="text"/>	déjà reconnue :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie professionnelle n° :	<input type="text"/>	Du :	<input type="text"/>	déjà reconnue :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie contractée en service :		Du :	<input type="text"/>	déjà reconnue :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accident de service ou trajet :		Du :	<input type="text"/>	déjà reconnue :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si reconnaissance, date de reconnaissance :	<input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Directement par l'administration	<input type="checkbox"/> Après avis de la commission du :					

Renseignements concernant le médecin de prévention

Nom du médecin :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Complément :	<input type="text"/>		

Renseignements concernant la demande

Accident de service ou accident de trajet :

Reconnaissance

Rechute

Maladies professionnelles :

Reconnaissance

Rechute

Demande de prise en charge ou prolongation d'arrêts

Prise en charge

Prolongation

Demande de prise en charge ou prolongation des soins

Prise en charge

Prolongation

Dates :

Dates :

TPT : Temps partiel thérapeutique (si avis discordant)

Octroi

Prolongation

Constatation de :

Guérison

Consolidation

ATI : Allocation temporaire d'invalidité

Attribution

Révision
quinquennale

Révision à
radiation des
cadres (RDC)

AIT : Allocation d'invalidité temporaire

Retraite pour invalidité non imputable

Retraite pour invalidité imputable au service

Majoration pour assistance d'une tierce personne

Aptitude aux fonctions

Cure thermale

Prise en charge des soins post-consolidation

Octroi d'une 4^{ème} période de mise en disponibilité d'office

Retraite pour conjoint invalide

Autre :

Renseignements concernant le(s) expertise(s)

Nom du médecin agréé ayant effectué :

→ L'expertise : du

→ Une contre-expertise (option) : du

Rappel : les rapports d'expertises sont à joindre au dossier lors de la saisine de la Commission de Réforme

Renseignements concernant les représentants

Représentants d'administration

Nom : Mél. :

Adresse : Code postal : Ville :

Nom : Mél. :

Adresse : Code postal : Ville :

Représentants du personnel

Nom : Mél. :

Adresse : Code postal : Ville :

Nom : Mél. :

Adresse : Code postal : Ville :

Fait à :

Le :

Cachet de l'administration

Signature du chef de service