



**SERVICE INSTANCES MÉDICALES ET HANDICAP**  
**COMITE MEDICAL DEPARTEMENTAL**  
**DU CENTRE DE GESTION 13**

**RAPPORT HIERARCHIQUE**  
**AUPRES DU COMITE MEDICAL**

**L'AUTORITE TERRITORIALE DE**

.....  
Adresse complète :

Code postal :

Ville :

☎ :

**IDENTIFICATION DE L'AGENT**

Madame

Monsieur

NOM : .....

Prénom(s) : .....

NOM de jeune fille : .....

Né(e) le :

Adresse complète :

Code postal :

Ville :

Nombre d'heures hebdomadaires : .....

Statut :  Stagiaire

Titulaire

Agent non titulaire

Service : ..... Grade : .....

Fonctions : .....

Horaires de travail de l'agent :

Horaires normaux de : ...h... à ...h... (Matin)

de : ...h... à ...h... (Après-midi)

Horaires exceptionnels de : ...h... à ...h... (Matin)

de : ...h... à ...h... (Après-midi)

## CONSTATATION DES FAITS

Par :  L'autorité territoriale  Responsable de service  Témoins

Date :

## LIEU

Sur le lieu de travail habituel

Sur un lieu de travail occasionnel

Lieu précis : .....

Les fonctions occupées par l'agent étaient-elles ?

Occasionnelles

Habituelles

## CIRCONSTANCES DES FAITS

**Circonstances précises et détaillées :**

## DEROULEMENT DES FAITS

**Comportement de l'agent (en raison de son état de santé), et qui le met dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions :**

**Si des mesures de prévention ont été prises au bon fonctionnement du service, précisez lesquelles en lien avec le Médecin de Prévention :**

**Avis motivé de l'Autorité Territoriale :**

Fait à :

Le : 

--	--	--	--

**Signature et cachet de l'Autorité Territoriale**