



# SERVICE INSTANCES MÉDICALES

## CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL DU CDG 13

### FORMATION PLENIERE

#### FORMULAIRE DE SAISINE

**N° SIRET :**

**Bon de Commande / Code Service** (le cas échéant) : .....

#### IDENTIFICATION DE L'AUTORITE TERRITORIALE

**Autorité Territoriale :**

**Adresse complète :**

**Code postal :**  **Ville :**

**☎ :**

#### PERSONNE CHARGEE DU SUIVI DU DOSSIER

**NOM :** ☎:

**Mail @ :**

#### SERVICE DE MEDECINE PREVENTIVE

**CHARGÉ DU SUIVI MEDICAL DE L'AGENT :**

**NOM :** ☎:

**Mail @ :**

**Fait à :**

**Le :**

Signature et Cachet de l'Autorité Territoriale

**Merci de renseigner tous les champs d'information et de joindre toutes les pièces sollicitées.**

## A- IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNE

Madame  Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

NOM de naissance : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_

Adresse complète :

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

☎ (de l'agent): \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale de l'agent : \_\_\_\_\_

## B- SITUATION ADMINISTRATIVE

CATEGORIE :  A  B  C

GRADE : \_\_\_\_\_

Stagiaire  Titulaire CNRACL

Titulaire IRCANTEC  Non Titulaire

*(Cocher la case correspondante)*

**Nombre d'heures hebdomadaires :**

Temps complet : ..... Heures ..... Minutes

Temps non complet : ..... Heures ..... Minutes  
*(Emploi créé pour une durée inférieure au temps complet)*

Temps partiel : ..... %  
*(Emploi créé à temps complet, l'agent a été autorisé à travailler à temps partiel)*

**Poste occupé par l'agent :**

**Fonctions actuelles exercées par l'agent :**



## Accidents de service, de trajet et Maladie Professionnelle

- Accident de Service
- Rechute Accident de Service
- Accident de Trajet
- Rechute Accident de Trajet
- Maladie Professionnelle ou d'origine professionnelle
- Rechute Maladie Professionnelle ou d'origine professionnelle

## ❖ Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI)

- ATI** - 1<sup>ère</sup> concession
- ATI** - Révision quinquennale
- ATI** - Révision en cas de nouvel accident
- ATI** - Révision à la radiation des cadres
- ATI** - Révision sur demande de l'agent

## ❖ Autres prestations \*

- Majoration spéciale pour assistance d'une tierce personne
- Attribution d'une pension d'orphelin infirme
- Attribution d'une pension de veuf invalide

## ❖ Reprise ou non-reprise des fonctions

- Aptitude / Inaptitude aux fonctions
- Reclassement professionnel en lien avec un accident de service/ trajet imputable au service ou maladie professionnelle
- Retraite pour invalidité imputable
- Retraite pour invalidité non imputable
- Réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité \*
- Mise à la retraite d'un agent pour invalidité du conjoint ou de l'enfant \*

**(\*) Merci de nous consulter pour les pièces nécessaires à l'instruction du dossier.**

- Autre(s) cas, préciser :