

**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 :	Adresse :
Nom patronymique :	Complément :
Prénom(s) :	Code postal :
Date de naissance :	Ville :
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 :	Grade :
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. :	Titularisation :
Fonction :	Téléphone :
NIR :	

### Renseignements concernant le service en charge du dossier

Entité juridique* :	Service RH*** :
Structure** :	Nom du référent :
Adresse :	Téléphone :
Complément :	Mél. :
Code postal :	
Ville :	

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

### Renseignements concernant le médecin de prévention

Nom du médecin :	Code postal :
Adresse :	Ville :
Complément :	

## Renseignements concernant la demande

### Accident de service ou accident de trajet :

Reconnaissance

Rechute

### Maladie professionnelle :

Reconnaissance

Rechute

### ATI : Allocation temporaire d'invalidité :

Attribution

Révision quinquennale

Révision à radiation des cadres (RDC)

### Licenciement pour inaptitude physique (stagiaires)

Attribution d'une rente d'invalidité (stagiaires)

### Admission à la retraite pour invalidité à compter du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Imputable au service

Non imputable au service

CLM du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

CLD du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Autre :

## Compléments ou précisions éventuelles sur la demande

## 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 Conseil Médical*

## Renseignements concernant les représentants

### Représentants d'administration

Nom :

Tél. :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Nom :

Tél. :

Adresse :

Code postal :

Ville :

### Représentants du personnel (deux obligatoirement)

Nom :

Tél. :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Nom :

Tél. :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Fait à :

Le :

Cachet de l'administration

Signature du chef de service