le

**CDG 53 – Maison des collectivités**

**Monsieur le Président du conseil médical**

Secrétariat du conseil médical

Parc Tertiaire Cérès

21 rue Ferdinand Buisson - Bât. F

**53810 CHANGE**

**FICHE 3R : Reconnaissance en CLM ou en CLD d’office**

|  |  |
| --- | --- |
| **NATURE DES PIECES A FOURNIR** | **OBSERVATIONS** |
| **NOM – Prénom de l’agent :**      **Documents à fournir :**[ ]  Saisine de la collectivité ([*n° 01-D-FORM1R*](https://www.cdg53.fr/document/01-d-form1r-formulaire-de-saisine-collectivite.docx))[ ]  Rapport du médecin de prévention[ ]  Rapport de l’autorité hiérarchique précisant les raisons pour lesquelles elle estime que l’état de santé de l’agent ne lui permet pas de poursuivre son activité et en quoi il existe un risque pour son entourage professionnel ou pour lui-même |       |