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 5P : Reclassement**

|  |  |
| --- | --- |
| **NATURE DES PIECES A FOURNIR** | **OBSERVATIONS** |
| **NOM – Prénom de l’agent :**  **Documents à fournir :**  Saisine de la collectivité indiquant de manière précise l’objet et les questions pour lesquelles il est nécessaire d’avoir un avis [(*n° 01-D-FORM1P*)](https://www.cdg53.fr/document/01-d-form1p-formulaire-de-saisine-collectivite.docx)  Demande écrite de l’agent [(*n°01-D-MOD1P*)](https://www.cdg53.fr/document/01-d-mod1p-saisine-agent.docx)  Dossier initial de l’agent (avec notamment les certificats médicaux, l’arrêté d’imputabilité,…)  Rapport écrit du médecin de prévention,  Description du poste initial et de celui éventuellement proposé, |  |