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 6P : Attribution de l’allocation temporaire d’invalidité des agents de la collectivité locale**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 (sauf en cas de révision quinquennale obligatoire) [(*n°01-D-MOD1P*)](https://www.cdg53.fr/document/01-d-mod1p-saisine-agent.docx)[ ]  Expertise médicale auprès d’un médecin spécialiste agréé,[ ]  Certificats médicaux,[ ]  Rapport des médecins de prévention,[ ]  Dossier initial de l’agent concernant la maladie professionnelle ou l’accident de service (avec notamment les certificats médicaux, l’arrêté d’imputabilité, rapport hiérarchique…) et éventuellement le/les dossier(s) de maladie professionnelle ou d’accident de service antérieur(s) |       |