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) |  |