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 8P : Majoration pour assistance d’une tierce personne**

|  |  |
| --- | --- |
| **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)  [Expertise médicale de l’agent](https://www.cdc.retraites.fr/portail/IMG/pdf/af5.pdf?cible=_employeur)  (formulaire AF5 téléchargeable sur le site [www.cdc.retraites.fr](https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=860&cible=_employeur)). |  |