Formulaire n°01-D-FORM1P- CDG 53

**Conseil médical plénier : formulaire de saisine de la collectivité**

##### **IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE**

Collectivité

Adresse : .

##### **Agent chargé du suivi du dossier :**

Nom – Prénom : .

...      Courriel :

**Médecin de prévention en charge du suivi médical de l’agent concerné :**

Nom – Prénom : .

...      Courriel :

**Médecin traitant :**

Nom – Prénom : .

...      Courriel :

Demande présentée par :  l’agent (1)  l’employeur (1)

##### **IDENTIFICATION DE L’AGENT CONCERNE**

Nom : ..       Prénom :

Nom patronymique : .

Date et lieu de naissance :

N° de sécurité sociale :

Adresse :

 :      Courriel :

**Situation administrative :**

Grade :

Affectation :

Fonctions actuelles détaillées exercées par l’agent :

Statut (1) :  Stagiaire  Titulaire  Contractuel

Date d’entrée dans la FPT :

Date d’entrée dans la collectivité : .      . de titularisation :

Nombre d’heures hebdomadaires (1) :

Temps non complet :      / semaine

*(Emploi créé pour une durée inférieure au temps complet, précisez le nombre d’heures)*

Temps partiel :       %

*(Emploi créé à temps complet, l’agent a été autorisé à travailler à temps partiel, précisez la quotité)*

(1) *Cocher la case correspondante*

Autres employeurs :

Nombre d’heures :

Fonctions :

**ACCIDENT DE TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARRETS**  **(préciser arrêt initial, prolongation, rechute, reprise …)** | **DU ../../.. AU ../../..** | **SOINS** | **DU ../../.. AU ../../..** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**TYPE D’AVIS DEMANDE :**

Imputabilité au service de l’accident,

Maladie professionnelle inscrite au tableau de la sécurité sociale et hors tableau,

Prise en charge des frais médicaux consécutifs à l’accident ou à la maladie professionnelle,

Rechutes,

En cas de contestation des conclusions du médecin agréé, pour l’octroi ou renouvellement du temps partiel thérapeutique,

Reclassement,

Allocation Temporaire d’Invalidité (ATIACL),

Retraite pour invalidité,

Majoration pour tierce personne,

Autres (préciser la demande)      ....

**EXPOSE DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT A LA SAISINE**

Apporter toutes les précisions susceptibles d’éclairer les membres de la commission (ex : possibilité d’organiser un temps partiel thérapeutique, reclassement, etc).

Y a-t-il déjà eu un dossier à la commission départementale de réforme pour cet agent ?

Si oui, préciser la date :

et préciser le motif :

##### **Documents A JOINDRE À LA DEMANDE** (voir fiches spécifiques)

Fait à       le …

Signature de l’autorité territoriale

et cachet de la collectivité