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