



## COMMISSION DE RÉFORME

Dossier suivi par Hélène MOMI

 [instancesmedicales@cdg31.fr](mailto:instancesmedicales@cdg31.fr)

 05 81 91 93 00

### IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Employeur :

Adresse :

Nom de la personne chargée du suivi du dossier :

Téléphone :

Courriel :

Nom du médecin de prévention chargé du suivi de l'agent :

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT

Nom - Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone :

Courriel :

Grade :

Fonction :

Date d'entrée dans la Fonction publique territoriale :

L'agent est-il en position de détachement ?

Oui

Non



## COMMISSION DE RÉFORME

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT (suite)

Date de nomination stagiaire (CNRACL) :

Type d'activité :

Temps complet

Temps non complet : heures

Temps partiel de %

S'agit-il d'un agent intercommunal ? :

Oui

Non

Si oui, autres employeurs territoriaux :

Employeur	Nombre d'heures hebdo

Cet agent a-t-il déjà fait l'objet d'une procédure auprès du Comité médical :

Oui

Non

Procédure en cours

Cet agent relève de la catégorie :

Active

Sédentaire

Nom du médecin traitant :

## COMMISSION DE RÉFORME

Des liens hypertextes (texte en couleur) sont disponibles pour chaque cas de saisine.  
Ils vous donnent accès à la liste des pièces à joindre.

### OBJET DE LA SAISINE

Demande d'imputabilité au service de :

[Accident de service](#)

[Accident de trajet](#)

[Maladie professionnelle n°](#)

[Maladie à caractère professionnel](#)

Date de réception de la déclaration :

Demande de prise en charge de la **rechute** de :

[Accident de service](#)

[Accident de trajet](#)

[Maladie professionnelle](#)

Date de réception de la déclaration :

**Demande de prise en charge des frais médicaux :**

[Cure thermale](#)

[Appareillage](#)

[Autres](#)

**Demande de temps partiel thérapeutique** (*en cas d'avis divergents entre les médecins traitant et agréé*) :

[Octroi](#)

[Prolongation](#)

[Changement d'affectation](#)

[Reclassement professionnel](#)

[Demande d'aptitude ou d'inaptitude aux fonctions](#)

[Demande de renouvellement de disponibilité d'office pour raison de santé](#)

[Demande de justification des arrêts et des soins, date de consolidation et taux d'IPP  
\(incapacité permanente partielle\)](#)

[Demande d'allocation temporaire d'invalidité \(ATI\)](#)

[1ère attribution](#)

[Révision quinquennale](#)

[Révision nouvel accident](#)

[Révision sur demande de l'agent](#)

[Révision radiation des cadres](#)



## **COMMISSION DE RÉFORME**

### **OBJET DE LA SAISINE (suite)**

**Demande d'allocation d'invalidité temporaire (AIT)**

**Demande de mise à la retraite pour invalidité des fonctionnaires CNRACL**

**Demande de majoration spéciale pour tierce personne**

**Demande de pension d'orphelin infirme à la charge du fonctionnaire :**

**Prénom-Nom de l'orphelin ou du représentant légal :**

**Né(e) le :**

**Adresse :**

**Demande de mise à la retraite anticipée au titre du conjoint invalide**

**Demande de mise en œuvre d'action de reconversion professionnelle**

**Demande d'avis sur les conclusions du médecin agréé suite à une visite de contrôle au cours d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS)**

**Autre :**

**Questions complémentaires /**

**observations :**

**A \_\_\_\_\_ , le**

**Le Maire, Le Président,**