

Collectivité :

Dossier suivi par : M.

Coordonnées :

Saisine du conseil médical formation plénière

OBJET : ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE
(PREMIERE DEMANDE, REVISION QUINQUENNALE, REVISION EN CAS DE NOUVEL
ACCIDENT DE SERVICE)

RENSEIGNEMENT SUR L'AGENT

NOM : Nom de jeune fille : Prénom :

Date de Naissance :

Adresse personnelle de l'agent :
.....

Adresse mail de l'agent :

FONCTIONNAIRE TITULAIRE ☐ FONCTIONNAIRE STAGIAIRE ☐ (Cocher la case correspondante)

Grade actuel :

☐ Date de l'accident :

ou

☐ Date de la maladie professionnelle :

PIECES JOINTES

- ☐ Courrier de l'autorité territoriale indiquant l'objet de la saisine et les questions précises pour lesquelles il est nécessaire d'avoir un avis,
- ☐ Copie du ou des Procès-Verbal (aux) du (des) Conseil (s) médical(aux) précédent(s),
- ☐ Expertise médicale d'un Médecin agréé mentionnant le taux d'Incapacité Partielle Permanente pour chaque accident de service et/ou maladie professionnelle,
- ☐ Demande d'A.T.I. de l'agent (sauf pour révision quinquennale)
- ☐ Toute pièce que la collectivité ou l'agent jugera utile de fournir afin d'éclairer l'avis des membres du conseil médical formation plénière.

DATE DE TRANSMISSION DU DOSSIER :