

Collectivité : .....

Dossier suivi par : M .....

Coordonnées : .....

# Saisine du conseil médical formation plénière

**OBJET : IMPUTABILITE DE LA (DES) RECHUTE(S)  
SUITE A UN CITIS**

## 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 : ..... Date de la ou des Rechutes : .....

ou .....

Date de la maladie professionnelle : .....

Date(s) du(des) passage(s) précédent(s) en Conseil médical formation plénière : .....

## 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 médical(aux) précédent(s) ou copie de l'arrêt d'imputabilité d'accident de service ou de maladie professionnelle
- Copie du certificat médical de rechute (1<sup>er</sup> volet),  
Le cas échéant, copie(s) de certificat(s) de prolongation
- Expertise médicale d'un Médecin agréé, sous pli confidentiel mentionnant le nom et la collectivité de l'agent.
- 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 : .....