

Collectivité : .....

Dossier suivi par : M.....Coordonnées : .....

## **DEMANDE DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME**

**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 : .....

FONCTIONNAIRE TITULAIRE       FONCTIONNAIRE STAGIAIRE  ( Cocher la case correspondante )

Grade actuel : .....

Date de l'accident : .....

ou

Date de la maladie professionnelle : .....

Date(s) passage(s) précédent(s) en Commission de Réforme : .....

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

### **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) de la (des) Commission(s) de Réforme précédente(s),
- Copie du ou des dossiers initiaux (pour les dossiers datant d'avant 2005 ou ceux jamais passés en CDR)
- Rapport écrit du Médecin de la médecine préventive et professionnelle, sous pli confidentiel mentionnant le nom et la collectivité de l'agent,
- 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 de la Commission de réforme.

DATE DE TRANSMISSION DU DOSSIER : .....