

Collectivité :

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

DEMANDE DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

**OBJET : IMPUTABILITE D'UNE RECHUTE SUITE A UN ACCIDENT
DE SERVICE OU A UNE MALADIE PROFESSIONNELLE**

RENSEIGNEMENT SUR L'AGENT

NOM :Nom de jeune fille :Prénom :

Date de Naissance :Adresse :

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 :

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) ou copie de l'arrêté d'imputabilité d'accident de service ou de maladie professionnelle
- Copie du ou des dossiers initiaux (pour les dossiers datant d'avant 2005 ou les dossiers jamais soumis à la CDR)
- Copie du certificat médical de rechute (1^{er} volet),
Le cas échéant, copie(s) de certificat(s) de prolongation
- 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, 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 de la Commission de réforme.

DATE DE TRANSMISSION DU DOSSIER :