

Collectivité : .....

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

## DEMANDE DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

**OBJET : RECLASSEMENT** ( OU AVIS SUR L'AMENAGEMENT DE POSTE OU AVIS SUR  
LE CHANGEMENT D'AFFECTATION )

### 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 : .....

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 jamais soumis à la 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 faisant apparaître l'inaptitude de l'agent à ses fonctions et les possibilités de reclassement éventuelles,
- ☐ Demande de l'agent de reclassement ( ou d'aménagement de poste),
- ☐ Fiche de poste actuelle de l'agent,
- ☐ Description du poste éventuellement proposé ( ou de l'aménagement proposé ),
- ☐ 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 : .....