

Collectivité :

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

DEMANDE DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

**OBJET : APTITUDE OU INAPTITUDE A LA REPRISE DE L'EXERCICE
DES FONCTIONS (arrêt supérieur à un an)**

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 :

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)
- ☐ Rapport écrit du Médecin de la médecine préventive et professionnelle, sous pli confidentiel mentionnant le nom et la collectivité de l'agent,
- ☐ Rapport d'expertise d'un médecin agréé, sous pli confidentiel mentionnant le nom et la collectivité de l'agent,
- ☐ Fiche de poste actuelle 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 :