

Collectivité :

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

DEMANDE DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

**OBJET : REPRISE A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
(et renouvellement)**

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,
- Certificat du Médecin traitant, Certificat du Médecin agréé,
- Demande de l'agent pour la reprise en temps partiel thérapeutique,
- 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 :