

Collectivité : .....

Dossier suivi par : M. ....

Coordonnées : .....

# Saisine du conseil médical formation plénière

## OBJET : APTITUDE A LA REPRISE DES FONCTIONS

### RENSEIGNEMENT SUR L'AGENT

NOM : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

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

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

FONCTIONNAIRE TITULAIRE     FONCTIONNAIRE STAGIAIRE     ( Cocher la case correspondante )

Grade actuel : .....

Date de l'accident : .....

ou

Date de la maladie professionnelle : .....

### 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) du (des) conseil(s) médicaux formation plénière précédent(s),
- 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 du conseil médical formation plénière.

DATE DE TRANSMISSION DU DOSSIER : .....