

Collectivité :

Dossier suivi par : M.

Coordonnées :

Saisine du conseil médical formation plénière

OBJET : APTITUDE A LA REPRISE DES FONCTIONS

RENSEIGNEMENTS SUR L'AGENT

NOM : Nom de jeune fille : Prénom :

Date de Naissance :

Adresse personnelle de l'agent :

Adresse mail 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 :