

Collectivité : .....

Dossier suivi par : M .....

Coordonnées : .....

# Saisine du conseil médical formation plénière

## **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 : .....

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),
- Copie du ou des dossiers initiaux (pour les dossiers datant d'avant 2005 ou jamais soumis au CMFP)
- Rapport écrit du Médecin du travail, 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 du conseil médical formation plénière.

DATE DE TRANSMISSION DU DOSSIER : .....