



**CENTRE DE GESTION  
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DU CHER  
CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL**



**COLLECTIVITE**

Collectivité : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Personne chargée du dossier : .....  
 Courriel : ..... Téléphone : .....

**AGENT**

Madame                      Nom d'usage : .....  
 Monsieur                      Nom de jeune fille : .....  
    Prénom : .....  
    Date de naissance : .....  
 Téléphone (obligatoire) : ..... Courriel (obligatoire) : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 N° Sécurité Sociale : ..... N° CNRACL : .....

Situation administrative :

Catégorie :     A     B     C                      Service : .....  
 Grade : .....                      Filière : .....  
 Statut actuel :     stagiaire : .../.../.....     titulaire : .../.../.....     non titulaire : .../.../.....  
 Temps de travail :     temps complet     temps non complet : ...../35<sup>ème</sup>     temps partiel : .....%  
 Régime de l'agent :     IRCANTEC                       CNRACL  
 Date d'entrée dans la fonction publique territoriale : .....  
 Date d'entrée dans la collectivité : .....  
 Agent multi-collectivité, si oui, préciser : .....

<b>MEDECIN DU TRAVAIL</b>
<input type="checkbox"/> la collectivité n'a pas de médecin du travail
Organisme : .....
Nom du médecin : .....
Adresse : .....
.....
Téléphone : .....

<b>MEDECIN TRAITANT</b>
Nom du médecin : .....
.....
Adresse : .....
.....
Téléphone : .....

**HISTORIQUE DES CONGES DE MALADIE DE L'AGENT** (sur relevé à part si besoin)

..... : du ..... au .....  
 ..... : du ..... au .....  
 ..... : du ..... au .....  
 ..... : du ..... au .....

(Type de congé)



# OBJET DE LA SAISINE - FORMATION PLENIERE

- Accident de service (AS), survenu le : .....
  - Imputabilité
  - Rechute, survenue le : .....
  - Prise en charge des arrêts de travail, du : ..... au .....
  - Prise en charge des soins, du : ..... au .....
  - Prise en charge des frais médicaux, du : ..... au .....
  - Préciser : (ex. : Cure thermale) .....
- Accident de trajet (AT), survenu le : .....
  - Imputabilité
  - Rechute, survenue le : .....
  - Prise en charge des arrêts de travail, du : ..... au .....
  - Prise en charge des soins, du : ..... au .....
  - Prise en charge des frais médicaux, du : ..... au .....
  - Préciser : (ex. : Cure thermale) .....
- Maladie professionnelle (MP), constatée médicalement le : .....
  - Inscrite au tableau des MP, n°....., mais toutes les conditions ne sont pas remplies
  - Hors tableau (contractée en service)
    - Imputabilité
    - Rechute, survenue le : .....
    - Prise en charge des arrêts de travail, du : ..... au .....
    - Prise en charge des soins, du : ..... au .....
    - Prise en charge des frais médicaux, du : ..... au .....
    - Préciser : (ex. : Cure thermale) .....
    - Fixation du taux d'IPP que la maladie est susceptible d'entraîner, si hors tableau .....
- Accident de service d'un Sapeur Pompier Volontaire, survenu le : .....
  - Imputabilité
  - Evaluation des infirmités dans le cadre du RISP (consolidation / taux d'IPP / taux d'IPP préexistant)
    - 1<sup>ère</sup> concession
    - Révision triennale
    - Révision sur demande de l'agent
- Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI) : consolidation / taux d'IPP / taux d'IPP préexistant / soins post-consolidation
  - 1<sup>ère</sup> concession
  - Révision quinquennale
  - Révision sur demande de l'agent
  - Révision nouvel événement (AS/AT/MP)
  - Révision radiation des cadres
- Congé pour blessures ou maladies contractées ou aggravées en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public ou en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes
- Inaptitude définitive et absolue d'un stagiaire, suite à congé imputable au service
- Retraite pour invalidité :
  - suite à congés imputables au service (CITIS)
  - suite à congés pour blessures ou maladies contractées ou aggravées en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public ou en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes
  - pour conjoint invalide
- Autre : .....

Fait à : .....

Cachet et signature :

Le : .....