

## Formulaire de saisine Conseil Médical Départemental - formation plénière

Toute information transmise par la structure employeur relève de sa seule responsabilité

Dossier et lettre de l'agent à transmettre au secrétariat **par courrier** :

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Charente-Maritime  
Conseil Médical Départemental – formation plénière  
85 boulevard de la République  
CS 50002  
17076 La Rochelle Cedex 9

### IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE / DE L'ETABLISSEMENT

Collectivité ou Établissement : .....

Adresse : .....

Nom de la personne chargée du dossier : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Autres employeurs si l'agent est intercommunal : .....

Nom de l'organisme de médecine préventive : .....

Nom du médecin du travail chargé du suivi de l'agent : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

### IDENTITE DE L'AGENT

NOM d'usage (marital) : .....

Nom de famille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Numéro de sécurité sociale : .....

Adresse : .....

Téléphone (obligatoire) : ..... Mail : .....

Situation statutaire :

Stagiaire ☐

Titulaire ☐

Non titulaire / contractuel ☐

Temps de travail hebdomadaire :

Temps complet ☐

Temps non complet : ...../35<sup>ème</sup> ☐

Temps partiel : ..... % ☐

Grade précis : .....  
Service : .....  
Fonctions actuelles : .....  
Date d'entrée dans la fonction publique : .....  
Date d'entrée dans la collectivité : .....  
Date d'affiliation CNRACL : .....

## OBJET(S) DE SAISINE

---

### ☐ Imputabilité au service d'un(e) :

- ☐ accident de service / de trajet (*raier la mention inutile*) du ..... et les arrêts et les frais médicaux en lien
- ☐ maladie survenue dans l'exercice des fonctions du ..... et les arrêts et les frais médicaux en lien

### ☐ Imputabilité au service d'une rechute d'un(e) :

- ☐ accident de service / de trajet (*raier la mention inutile*) du ..... et les arrêts et les frais médicaux en lien
- ☐ maladie survenue dans l'exercice des fonctions du ..... et les arrêts et les frais médicaux en lien

☐ **Prise en charge des frais médicaux** consécutifs à un accident ou une maladie survenu(e) le ..... dans l'exercice des fonctions (*en cas de contestation des conclusions du médecin expert*)

☐ **Prise en charge des frais médicaux post consolidation** consécutifs à un accident ou une maladie survenu(e) le ..... dans l'exercice des fonctions (*en cas de contestation des conclusions du médecin expert*)

☐ **Prise en charge des arrêts de travail** consécutifs à un accident ou une maladie survenu(e) le ..... dans l'exercice des fonctions (*en cas de contestation des conclusions du médecin expert*)

☐ **Consolidation des lésions** suite à un accident ou une maladie survenu(e) le ..... dans l'exercice des fonctions

### ☐ Attribution et renouvellement d'une Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI) :

- |                                                          |                                                    |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> attribution                     | <input type="checkbox"/> révision quinquennale     |
| <input type="checkbox"/> révision sur demande de l'agent | <input type="checkbox"/> révision nouvel évènement |
| <input type="checkbox"/> révision radiation des cadres   |                                                    |

### ☐ Retraite pour Invalidité

☐ non imputable au service (*suite congé de maladie ordinaire, longue maladie, longue durée, échec de la PPR et reclassement, échec de la PPR et refus de reclassement, renoncement à la PPR et au reclassement*)

☐ imputable au service (*suite accident de service / de trajet ou maladie survenue dans l'exercice des fonctions, échec de la PPR et reclassement, échec de la PPR et refus de reclassement, renoncement à la PPR et au reclassement*)

☐ partiellement imputable au service (*conjonction d'affections non professionnelles et professionnelles*) (*suite congé de maladie ordinaire, longue maladie, longue durée et accident de service / de trajet, maladie survenue dans l'exercice des fonctions, échec de la PPR et reclassement, échec de la PPR et refus de reclassement, renoncement à la PPR et au reclassement*)

☐ nouvelle étude à la demande de la CNRACL

☐ **Demande de majoration de pension pour tierce personne**

☐ **Retraite anticipée au titre du conjoint invalide :**

NOM et prénom du conjoint : ..... Né(e) le : .....

☐ **Demande de pension d'orphelin infirme à la charge du fonctionnaire :**

NOM et prénom de l'orphelin : ..... Né(e) le : .....

☐ **Contestation**

- ☐ sur la reconnaissance de l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie survenu(e) le .....  
dans l'exercice des fonctions (*ouverture du droit*)
- ☐ sur le taux d'IPP
- ☐ sur le constat d'inaptitude à toutes fonctions et les taux (retraite pour invalidité)
- ☐ sur la date de consolidation des lésions.

**EXPERTISE MEDICALE**

---

Une expertise médicale a-t-elle été diligentée ? ☐ oui ☐ non

Si oui, date du rendez-vous d'expertise : .....

Nom de l'expert agréé : .....

**CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL – FORMATION RESTREINTE**

---

Un avis du Conseil Médical – formation restreinte en lien avec cette demande a-t-il été rendu ? ☐ oui ☐ non

A quelle date ? ..... Pour quel motif ? .....

**PIECES A FOURNIR**

---

Voir les fiches « Cas de saisine » sur le site du Centre de Gestion. **TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA MIS EN ATTENTE.**

**OBSERVATIONS**

---

.....

.....

.....

.....

Fait à ....., le .....

L'autorité territoriale (signature et cachet)

---

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Président du Centre de Gestion dans le cadre du secrétariat du conseil médical. Les données collectées seront communiquées aux seules personnes en charge du secrétariat du **conseil médical** et conservées pendant **5 ans à compter de leur recueil**.*

*Vos agents peuvent accéder aux données les concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer leur droit à la limitation du traitement de leurs données.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de leurs données dans ce dispositif, ils peuvent contacter le délégué à la protection des données : [dpd@cdg17.fr](mailto:dpd@cdg17.fr). S'ils estiment, après nous avoir contactés, que leurs droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, ils pourront adresser une réclamation à la CNIL.*

# Lettre de demande de l'agent

(à remplir obligatoirement par l'agent)

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Mail : .....

Le .....

**Objet :** saisine du Conseil Médical formation plénière

Madame / Monsieur le Maire,  
Madame / Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier au Conseil Médical formation plénière dans les meilleurs délais afin que cette instance émette un avis sur ma demande de :

☐ **Accident de service / maladie survenue dans l'exercice des fonctions du :**

☐ reconnaissance d'imputabilité initiale d'un accident de service / de trajet ou d'une maladie survenue dans l'exercice des fonctions du .....

☐ reconnaissance d'imputabilité d'une rechute d'un accident de service / de trajet ou d'une maladie survenue dans l'exercice des fonctions du .....

☐ prise en charge des frais médicaux

☐ prise en charge des frais médicaux post consolidation

☐ prise en charge des arrêts de travail

☐ consolidation des lésions

☐ **Attribution et renouvellement d'une Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI) :**

☐ attribution

☐ révision quinquennale

☐ révision sur demande de l'agent

☐ révision nouvel évènement

☐ révision radiation des cadres

☐ **Retraite pour Invalidité**

☐ non imputable au service (suite congé de maladie ordinaire, longue maladie, longue durée, échec de la PPR et reclassement, échec de la PPR et refus de reclassement, renoncement à la PPR et au reclassement)

☐ imputable au service (suite accident de service / de trajet ou maladie survenue dans l'exercice des fonctions, échec de la PPR et reclassement, échec de la PPR et refus de reclassement, renoncement à la PPR et au reclassement)

☐ partiellement imputable au service (conjonction d'affections non professionnelles et professionnelles) (suite congé de maladie ordinaire, longue maladie, longue durée et accident de service / de trajet, maladie survenue dans l'exercice des fonctions, échec de la PPR et reclassement, échec de la PPR et refus de reclassement, renoncement à la PPR et au reclassement)

☐ **Demande de majoration de pension pour tierce personne**

☐ **Retraite anticipée au titre du conjoint invalide :**

NOM et prénom du conjoint : ..... Né(e) le : .....

☐ **Demande de pension d'orphelin infirme à la charge du fonctionnaire :**

NOM et prénom du conjoint : ..... Né(e) le : .....

☐ **Contestation**

☐ sur la reconnaissance de l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie survenu(e) le ..... dans l'exercice des fonctions

☐ sur le taux d'IPP

☐ sur le constat d'incapacité à toutes fonctions et les taux (retraite pour invalidité)

☐ sur la date de consolidation des lésions.

Signature de l'agent

---

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Président du Centre de Gestion dans le cadre du secrétariat du conseil médical. Les données collectées seront communiquées aux seules personnes en charge du secrétariat du **conseil médical** et conservées pendant **5 ans à compter de leur recueil**.*

*Vos agents peuvent accéder aux données les concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer leur droit à la limitation du traitement de leurs données.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de leurs données dans ce dispositif, ils peuvent contacter le délégué à la protection des données : [dpg@cdg17.fr](mailto:dpg@cdg17.fr). S'ils estiment, après nous avoir contactés, que leurs droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, ils pourront adresser une réclamation à la CNIL.*