



JE SOUSSIGNE, DOCTEUR \_\_\_\_\_, PRACTICIEN AGREE OU EXPERT,  
CERTIFIE AVOIR EXAMINE, LE \_\_\_\_\_  
M., MME, MLE \_\_\_\_\_

### DESIGNATION DES INFIRMITES DANS LEUR ORDRE D'APPARITION (même si elles sont déjà rémunérées)

N°	DESIGNATION DES INFIRMITES	DATE D'APPARITION	TAUX PREEXISTANT stagiaire ou titulaire*	TAUX au dernier jour valable*	INFIRMITE IMPUTABLE	
					Oui	Non
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* voir dates en page 1, cadre C.

EN CAS D'EXISTENCE D'INFIRMITES NON CONTRACTES OU NON AGGRAVEES AU COURS DE LA CARRIERE DE L'AGENT OU D'INFIRMITES DEJA REMUNEREES, PRECISER DANS VOTRE RAPPORT SI L'UNE DES INFIRMITES APPARUES DEPUIS LA TITULARISATION EN CONSTITUE AGGRAVATION.

## RAPPORT MEDICAL

### DISCUSSION

Etablir le lien entre les infirmités rémunérées et l'impossibilité, pour l'agent, d'effectuer les tâches qui lui incombent décrites cadre B, page 1 (en cas de nécessité pour l'agent de l'assistance d'une tierce personne, se reporter également à la page 6).

## RAPPORT MEDICAL (suite)

EN CONCLUSION DE VOTRE RAPPORT, VEUILLEZ REpondRE AUX 2 QUESTIONS SUIVANTES :

L'INCAPACITE DU FONCTIONNAIRE A CONTINUER SES FONCTIONS EST-ELLE *ABSOLUE* ?  
CETTE INCAPACITE EST-ELLE *DEFINITIVE* ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

suite page 4 

NE REMPLISSEZ CE CADRE QUE SI L'AGENT A EU UN  
**ACCIDENT DE SERVICE**  
 SINON, REPORTEZ-VOUS AU CADRE S, PAGE 5

SEQUELLES NON REMUNEREES  
 PAR UNE ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE  
 (voir page 5)

INFIRMITES PROVOQUEES PAR L'ACCIDENT

	DESIGNATION DES INFIRMITES	TAUX A LA RADIATION
1	▶ _____	_____
2	▶ _____	_____
3	▶ _____	_____
4	▶ _____	_____

INFIRMITES PREEXISTANTES AGGRAVEES PAR L'ACCIDENT

	DESIGNATION DES INFIRMITES	TAUX A LA VEILLE DE L'ACCIDENT	TAUX A LA RADIATION
1	▶ _____	_____	_____
2	▶ _____	_____	_____
3	▶ _____	_____	_____
4	▶ _____	_____	_____

Lorsqu'il existait un état antérieur à l'accident de service, préciser si l'inaptitude résulte des séquelles de l'accident ou de l'évolution de l'état antérieur :

COEXISTENCE D'INFIRMITES IMPUTABLES ET NON IMPUTABLES

LES INFIRMITES NON IMPUTABLES PLACENT-ELLES A ELLES SEULES,  
 L'AGENT DANS L'INCAPACITE DEFINITIVE D'EXERCER SES FONCTIONS ?

OUI NON

suite page 5 ▶

L

M

N

O

EXISTE-T-IL DES SEQUELLES DEJA REMUNEREES PAR UNE ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE ?

OUI

NON

ATI n° \_\_\_\_\_

PARTIE A REMPLIR  
 PAR LE MEDECIN

TAUX  
 A LA RADIATION  
 DES CADRES

N°	DESIGNATION DE L'INFIRME	DATE DE L'ACCIDENT	TAUX REMUNEREE


S'IL Y A EU AGGRAVATION DE L'UNE AU MOINS DES INFIRMES CI-DESSUS, PRECISER :

SI ELLE EST DUE A UN FAIT ETRANGER A L'ACCIDENT DE SERVICE :

OUI

NON

SI ELLE ENTRAINE L'INCAPACITE PERMANENTE DE CONTINUER SES FONCTIONS :

OBSERVATIONS :

FAIT A

LE

**CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN**

TOUT CERTIFICAT NE COMPORTANT PAS DE  
 CACHET ET SIGNATURE SERA RETOURNEE



P

Q

R

S

## EXAMEN DU DROIT A LA MAJORATION SPECIALE POUR ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE

En raison de son état de santé, M. \_\_\_\_\_

	Peut	Ne peut pas		Peut	Ne peut pas		
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quiter son lit seul	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se vêtir totalement
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se coucher seul	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se dévêtir seul totalement <input type="checkbox"/> partiellement <input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se lever d'une chaise, s'asseoir sur une chaise	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire sa toilette seul
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcher seul, avec ou sans canne, béquille ou appui	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manger et boire seul
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aller à la selle ou uriner seul, dans des W.C. ordinaires <input type="checkbox"/> dans des W.C. équipés d'une installation <input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Couper son pain, ses aliments, se verser un liquide à boire
<b>S'IL S'AGIT D'UN HANDICAPE APPAREILLE</b>							
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mettre en place seul son appareil. Préciser de quel appareil il s'agit	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utiliser seul un moyen de locomotion : vélo, voiture, transport en commun

### IMPORTANT

Il ne saurait être tenu compte des besoins d'une tierce personne pour la surveillance, le ravitaillement, la cuisine, les besoins du ménage du handicapé.

L'assistance d'une tierce personne est-elle nécessaire :

- de manière constante ?

- pour faire face à des complications passagères ?

**oui**



**non**



*Veillez préciser, ci-dessous, les raisons qui, à votre avis, motivent cette aide.*

Cachet, date et signature