|  |
| --- |
| **FICHE DE PRESENTATION D’UN DOSSIER**  **au**  **CONSEIL MEDICAL – FORMATION PLENIERE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ADMINISTRATION** | ………………………………………………………………………… |
| **ADRESSE :** | ………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………… |
| **PERSONNE CHARGEE DU DOSSIER :** | ………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Numéro de téléphone :** | ………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Adresse mail :** | ………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **AGENT CONCERNE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’agent** | **………………………………………………………………………** |
| Nom de Jeune Fille | ……………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prénom de l’agent** | **………………………………………………………………………** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de naissance** | …………………………………………………………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grade** (+ groupe hiérarchique pour les SPP) | **Affectation** | **Date d’entrée en fonction** |
| …………………………………………..  …………………………………………... | ………………………………………………  ……………………………………………… | …………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse de l’agent :**  **Numéro de Téléphone :** | ………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **NATURE DE LA DEMANDE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Accident de service du :** | …………………………………………………………………………………………………… |
| **Maladie Professionnelle du :** | ……………………………………………………………………………………………………. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **□ Imputabilité au service** | □ OUI | | □ NON |
| Arrêts du : …………………………… | Au : ……………………………………… | |
| Soins du : ……………………………. | Au : ……………………………………… | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **□ Prolongations** | Arrêts du : …………………………… | | Au : ……………………………………… |
| Soins du : ……………………………. | Au : ……………………………………… | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **□ Rechute du** ………………..……….. | Arrêts du : …………………………… | | Au : ……………………………………… |
| Soins du : ……………………………. | Au : ……………………………………… | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Consolidation le :** | ……………………………………………………………………. |
| **Reprise du travail le :** | …………………………………………………………………….. |
| **Guérison le :** | ……………………………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Taux d’IPP :** | …………………………………………………………………………………………….. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Temps Partiel Thérapeutique (TPT) –**  **en cas d’avis divergents** | □ Attribution | | □ Prolongation | |
| A compter du :  …………………. | Pour une durée de :  ……………………… | A compter du :  …………………. | Pour une durée de :  ……………………… |

|  |
| --- |
| **□ Reclassement** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Allocation Temporaire d’Invalidité (ATI)** | | **Retraite pour Invalidité** |
| □ 1ère Concession | □ Révision quinquennale | □ Imputable au service |
| □ Révision nouvel accident ou Maladie Professionnelle | □ Révision à la demande de l’agent | □ Non Imputable au service |

|  |
| --- |
| **Autres demandes** |
|  |