|  |
| --- |
| **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** |
|  |