

Collectivité : .....

Dossier suivi par : M.....

Coordonnées : .....

## Saisine du conseil médical formation plénière

**OBJET : ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE  
(PREMIERE DEMANDE, REVISION QUINQUENNALE, REVISION EN CAS DE NOUVEL  
ACCIDENT DE SERVICE)**

### RENSEIGNEMENTS SUR L'AGENT

NOM : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Adresse personnelle de l'agent : .....

Adresse mail de l'agent : .....

FONCTIONNAIRE TITULAIRE     FONCTIONNAIRE STAGIAIRE     ( Cocher la case correspondante )

Grade actuel : .....

Date de l'accident : .....

ou

Date de la maladie professionnelle : .....

### PIECES JOINTES

- Courrier de l'autorité territoriale indiquant l'objet de la saisine et les questions précises pour lesquelles il est nécessaire d'avoir un avis,
- Copie du ou des Procès-Verbal (aux) du (des) Conseil (s) médical(aux) précédent(s),
- Expertise médicale d'un Médecin agréé mentionnant le taux d'Incapacité Partielle Permanente pour chaque accident de service et/ou maladie professionnelle,
- Demande d'A.T.I. de l'agent (sauf pour révision quinquennale)
- Toute pièce que la collectivité ou l'agent jugera utile de fournir afin d'éclairer l'avis des membres du conseil médical formation plénière.

DATE DE TRANSMISSION DU DOSSIER : .....