

Collectivité :

Dossier suivi par : M

Coordonnées :

Saisine du conseil médical formation plénière

**OBJET : IMPUTABILITE DE LA (DES) RECHUTE(S)
SUITE A UN CITIS**

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 : Date de la ou des Rechutes :

ou
.....

☐ Date de la maladie professionnelle :
.....

Date(s) du(des) passage(s) précédent(s) en Conseil médical formation plénière :

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 médical(aux) précédent(s) ou copie de l'arrêt d'imputabilité d'accident de service ou de maladie professionnelle
- ☐ Copie du certificat médical de rechute (1^{er} volet),
Le cas échéant, copie(s) de certificat(s) de prolongation
- ☐ Expertise médicale d'un Médecin agréé, sous pli confidentiel mentionnant le nom et la collectivité de l'agent.
- ☐ 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 :