

Collectivité :

Dossier suivi par : M.

Coordonnées :

Saisine du conseil médical formation plénière

OBJET : PRISE EN CHARGE DES SOINS ET DES FRAIS MEDICAUX

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 la déclaration de la maladie ou de l'accident :

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,
- ☐ Rapport d'expertise d'un médecin agréé, sous pli confidentiel mentionnant le nom et la collectivité de l'agent,
- ☐ Certificat médical initial du médecin traitant de l'agent (généraliste ou spécialiste)
- ☐ Copie des devis des frais médicaux ou des frais médicaux déjà engagés
- ☐ 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 :