

Collectivité :

Dossier suivi par : M

Coordonnées :

Saisine du conseil médical formation plénière

OBJET : RECLASSEMENT

(OU AVIS SUR L'AMENAGEMENT DE POSTE OU AVIS SUR LE CHANGEMENT D'AFFECTATION)

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) médicaux formation plénière précédent(s),
- ☐ Copie du ou des dossiers initiaux (pour les dossiers datant d'avant 2005 ou jamais soumis au CMFP)
- ☐ Rapport écrit du Médecin du travail, sous pli confidentiel mentionnant le nom et la collectivité de l'agent,
- ☐ Expertise médicale d'un Médecin agréé faisant apparaître l'inaptitude de l'agent à ses fonctions et les possibilités de reclassement éventuelles,
- ☐ Demande de l'agent de reclassement (ou d'aménagement de poste),
- ☐ Fiche de poste actuelle de l'agent,
- ☐ Description du poste éventuellement proposé (ou de l'aménagement proposé),
- ☐ 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 :