



Collectivité : .....

Dossier suivi par : M.....

Coordonnées : .....

# Saisine du conseil médical formation plénière

**OBJET : RETRAITE POUR INVALIDITE**

## 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 : .....

## 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 (Inaptitude absolue et définitive de l'agent à l'exercice de ses fonctions et éventuellement sur l'octroi d'une rente d'invalidité et/ou sur une majoration pour l'assistance d'une tierce personne)
- Copie des avis d'arrêt de travail volet 2 ou 3 initial et prolongations  
ou
- Copie du dossier d'accident de service ou de maladie professionnelle
- Expertise médicale réalisée par un Médecin agréé sur l'imprimé AF3 (disponible sur le site Internet de la CNRACL ou au secrétariat du conseil médical) sous pli confidentiel mentionnant le nom et la collectivité de l'agent
- Questionnaire TP sous pli confidentiel (imprimé de la Caisse des Dépôts) pour toute demande de majoration pour l'assistance d'une tierce personne
- Attestation de reclassement (imprimé de la Caisse des Dépôts)
- 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 : .....