Collectivité :……..

Dossier suivi par : M……..**Coordonnées** :……

DEMANDE DE SAISINE
DE LA COMMISSION DE REFORME

OBJET : IMPUTABILITE D'UN ACCIDENT DE SERVICE

RENSEIGNEMENT SUR L'AGENT

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

Date de Naissance :……

FONCTIONNAIRE TITULAIRE ☐ FONCTIONNAIRE STAGIAIRE ☐ (Cocher la case correspondante)

Grade actuel : ……Date de l'accident :……

Adresse personnelle de l'agent : ……..

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,

☐ Déclaration d'accident de l'autorité territoriale (voir imprimé du Centre de Gestion),

☐ Déclaration d'accident de l'agent concerné, datée et signée,

☐ Déclaration du témoin, datée et signée (dans le cas où il y aurait plusieurs témoins, chacun d'entre eux devra faire une déclaration),

☐ Enquête administrative,

☐ Copie du certificat médical initial (1er volet),
Le cas échéant, copie(s) de : ☐ certificat(s) de prolongation
☐ certificat final

☐ Rapport écrit du Médecin de la médecine préventive et professionnelle, 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 de la Commission de réforme (rapport d'intervention du SDIS, rapport de Police, expertise médicale…)

DATE DE TRANSMISSION DU DOSSIER :……