

- Commission de Réforme des Alpes-de-Haute-Provence -

DOSSIER DE SAISINE

(à envoyer au Centre de Gestion avec la mention « Secrétariat de la Commission de Réforme » sous pli confidentiel, accompagné des pièces complémentaires)

La collectivité de :
Affaire suivie par :
Courriel :
Téléphone : Télécopie :
NOM du médecin de prévention chargé du suivi de l'agent :

Identité de l'agent :

Madame Monsieur

NOM d'usage : NOM de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse personnelle complète :

Téléphone :/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../..... - Courriel :

NOM du médecin traitant :

Situation de l'agent :

Stagiaire Titulaire

Cas général Intercommunal Pluri-communal Polyvalent

Temps complet Temps non complet / 35^{ème} Temps partiel %

Date d'affiliation à la C.N.R.A.C.L. :

Filière : Grade :

Service : Fonctions :

Date d'embauche dans la collectivité :

PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE : Cf. Note d'information n°2015/03

Fait à _____ , le _____

Cachet et signature de l'autorité territoriale

OBJET DE LA SAISINE

- Imputabilité au service d'un(e) (seulement en cas de non reconnaissance par la collectivité) :**
 - Accident de service (A.S.)
 - Accident de trajet (A.T.)
 - Maladie survenue dans l'exercice des fonctions (M.P.)
- Imputabilité au service d'une rechute d'un(e) (seulement en cas de non reconnaissance par la collectivité) :**
 - Accident de service (A.S.)
 - Accident de trajet (A.T.)
 - Maladie survenue dans l'exercice des fonctions (M.P.)
- Prise en charge, justification des frais médicaux**
 - cure thermale
 - appareillage
 - autre :au titre de l'A.S, de l'A.T. ou de la M.P. du :
- Consolidation, reclassement, aptitude ou inaptitude suite à un A.S., un A.T. ou M.P. :**
 - Consolidation
 - Reclassement
 - Aptitude
 - Inaptitude
- Une allocation temporaire d'invalidité (A.T.I.A.C.L.)**
 - 1^{ère} concession (attribution)
 - Révision : nouvel accident, quinquennale, sur demande, à la radiation des cadres
– *rayer les mentions inutiles*
- L'attribution d'une allocation d'invalidité temporaire (A.I.T.).**
- Dernier renouvellement d'une disponibilité d'office pour raison de santé.**
- Disponibilité d'office pour raison de santé suite à un congé de longue durée accordé pour une maladie contractée dans l'exercice des fonctions :**
 - Octroi
 - Renouvellement
- Retraite pour invalidité :**
 - Imputable au service
 - Non imputable au service
- Retraite anticipée au titre du conjoint invalide :**
 - Demande :
NOM et Prénom du conjoint :
Né(e) le :
- Majoration pour tierce personne.**
- Prolongation d'activité (dans la limite de 2 ans et demi).**
- Congé de longue durée en cas d'affection contractée en service.**
 - Octroi
 - Renouvellement
- Temps partiel thérapeutique (seulement en cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin agréé) :**
 - Octroi
 - Renouvellement
- Demande de pension pour orphelin infirme à la charge du fonctionnaire :**
 - NOM et Prénom de l'orphelin : Né(e) le :
 - Adresse :

Observations éventuelles :

.....
.....
.....