



Date : ..... Administration + adresse : .....

Personne(s) chargée(s) du dossier : .....



...../...../...../...../..... Mail : .....

**AGENT :**

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Grade ..... Fonction : .....

Nombre d'heures hebdomadaires : ..... / 35<sup>ème</sup> Régime :  CNRACL  IRCANTEC

**OBJET DE LA SAISINE :**

- Maladie Professionnelle en date du : .....  Accident de service en date du : .....
- Rechute en date du : .....
  - Accident de service **(1)** du : .....
  - Maladie professionnelle **(1)** du : .....
- Statuer sur l'imputabilité au service (*uniquement si cette dernière n'est pas reconnue par l'administration*)
- Fixer date de Consolidation et taux d'IPP
- Arrêt de travail, soins : du ..... au .....
- Soins post consolidation
- Aménagement du poste de travail
- Reprise du travail :
  - Octroi ou prolongation du Temps Partiel Thérapeutique : **uniquement qu'en cas de désaccord entre agent, médecin traitant et médecin agréé** à compter du : .....
  - Temps plein à compter du : .....
- Inaptitude au travail :  poste occupé  toutes fonctions
- Retraite pour Invalidité
- A.T.I. (allocation temporaire d'invalidité)
- Majoration Tierce Personne
- Cure Thermale
- Appréciation de l'invalidité A.I.T. (allocation d'invalidité temporaire)
- Autres : .....
- .....
- Avis de l'administration (favorable ou défavorable à la demande de l'agent) :**

TAMPON ET SIGNATURE DE L'AUTORITE TERRITORIALE

**Éléments constitutifs du dossier pièces à joindre obligatoirement (Les dossiers incomplets feront l'objet d'un retour)**

## **Les éléments constitutifs du dossier :**

- **Accident de service ou rechute d'un accident de service pour lequel l'administration ne reconnaît pas l'imputabilité :**
  - Imprimé de saisine*
  - Copie de déclaration d'accident*
  - Copie du certificat médical initial*
  - Rapport hiérarchique*
  - Rapport du médecin de prévention obligatoire*
  - Expertise médicale*
  
- **Maladie Professionnelle pour laquelle l'administration ne peut reconnaître l'imputabilité au service :**
  - Imprimé de saisine*
  - Certificat médical initial*
  - Rapport hiérarchique*
  - Rapport du médecin de prévention obligatoire*
  - Expertise médicale*
  
- **Retraite pour invalidité :**
  - Imprimé de saisine*
  - Copie demande écrite de l'agent*
  - Certificat médical du médecin traitant*
  - Expertise médicale*
  - Attestation de non reclassement (formulaire CNRACL)*
  - Imprimé AF3 + AF4 (CNRACL) à faire compléter par le médecin expert*
  - Procès-verbal du comité médical*
  
- **Fixer date de consolidation et taux d'IPP d'un AS ou MP ou d'une rechute :**
  - Imprimé de saisine*
  - Certificat médical final (selon le cas)*
  - Expertise médicale*
  - Rapport du médecin de prévention obligatoire*
  
- **Reprise du travail à Temps Partiel Thérapeutique (octroi ou prolongation uniquement qu'en cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin agréé ordonnance 2017-53 du 19/01/2017) ou reprise à temps plein :**
  - Imprimé de saisine*
  - Certificat médical du médecin traitant*
  - Expertise médicale*
  - Rapport du médecin de prévention obligatoire*
  
- **Inaptitude au travail/ Aménagement de poste/ Reclassement :**
  - Imprimé de saisine*
  - Fiche de poste*
  - Rapport du médecin de prévention obligatoire*
  - Expertise médicale*
  
- **Demande d'Allocation Temporaire d'Invalidité A.T.I. :**
  - Imprimé de saisine*
  - Courrier de l'agent demandant l'A.T.I.*
  - Copie des arrêts de travail*
  - Rapport médical du médecin agréé (imprimé à télécharger sur le site Internet [www.cdc.retraites.fr](http://www.cdc.retraites.fr))*
  - Le dossier administratif (imprimé à télécharger sur le site Internet [www.cdc.retraites.fr](http://www.cdc.retraites.fr).)*
  - La fiche de poste*
  - Rapport hiérarchique*
  - Rapport du médecin de prévention obligatoire*
  - Expertise médicale*
  
- **Majoration Tierce Personne :**
  - Imprimé de saisine*
  - Questionnaire médical (imprimé type de la Caisse) à faire compléter par le médecin expert*
  - Enquête sociale (imprimé type de la Caisse) à faire compléter par une assistante sociale*
  - Expertise médicale*
  
- **Demande d'une cure thermale :**
  - Imprimé de saisine*
  - Expertise médicale*
  - Rapport du médecin de prévention obligatoire*
  - Certificat médical du médecin traitant*