



Formulaire de saisine

Le décret 2008-1191 du 17 novembre 2008 a complété et modifié les missions des commissions de réforme dans la fonction publique de l'Etat, dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière, puisque depuis cette date, la commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration, quelle que soit la durée de l'arrêt de travail (pour l'aider à prendre sa décision, l'employeur peut, en tant que de besoin, consulter un médecin expert agréé ; cette consultation éventuelle doit s'effectuer dans les conditions de respect du secret médical énoncé à l'article R 4127-95 du code de la santé publique - Circulaire IOC/B/09/09353/C du 20 avril 2009).

Il convient de noter que les compétences obligatoires des commissions de réforme en matière d'invalidité (reprise d'activité, aménagement du poste de travail, reclassement pour inaptitude, temps partiel thérapeutique, allocation temporaire d'invalidité, allocation d'invalidité temporaire, reclassement pour inaptitude physique, retraite pour invalidité...) ne sont pas concernées par les dispositions précitées du décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008. La compétence des commissions de réforme en ces domaines reste donc inchangée.

EMPLOYEUR

Collectivité/Etablissement :
Adresse :
Personne en charge du dossier :
Tel. : Fax :
Email :

AGENT

Nom d'usage : Nom de famille :
Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Téléphone : Numéro S.S. :
Filière : Grade :
Service : Catégorie : A B C
Statut : Stagiaire :/...../..... Titulaire :/...../.....
Temps de travail : Temps complet Temps non complet :/35^{ème} Temps partiel :%
Date d'entrée dans la Fonction Publique Territoriale :/...../.....
Date d'entrée dans la collectivité :/...../.....
Agent intercommunal, si oui, à préciser :

Médecin de prévention

Organisme :
Nom du médecin :
Adresse :
.....
Tél. :

Médecin traitant

Nom du médecin :
.....
Adresse :
.....
Tél. :

HISTORIQUE DES CONGES DE L'AGENT (Accident de service, trajet, maladie professionnelle, TPT, CLD prolongé)

..... : du au
..... : du au
..... : du au
..... : du au
..... : du au
..... : du au

OBJET DE LA DEMANDE

- Avis sur l'imputabilité au service (**uniquement** si l'employeur refuse de reconnaître l'imputabilité) :
- d'un accident, survenu le :
 - d'un accident de trajet survenu le :
 - d'une maladie professionnelle constatée le :
 - d'une maladie contractée en service constatée le :
- Avis sur l'imputabilité au service d'une rechute survenue le :
(**uniquement** si l'employeur refuse de reconnaître l'imputabilité de la rechute)
- en lien avec un accident de service ou trajet, survenu le :
 - en lien avec une maladie professionnelle ou contractée en service, constatée le :
- Prise en charge des frais médicaux :
- cure thermale appareillage autre :
 - au titre de l'accident ou de la maladie imputable au service du :
- Congé de Longue Durée prolongée pour maladie contractée en service :
- prolongation, à compter du :
- Temps Partiel Thérapeutique suite à l'accident ou la maladie imputable au service du :
- octroi prolongation, à compter du :
- Reclassement professionnel pour inaptitude physique suite à un accident ou maladie imputable au service
- Allocation Temporaire d'Invalidité :
- 1ère concession révision quinquennale révision sur demande
 - révision nouvel évènement révision radiation des cadres
- Disponibilité d'Office pour raisons médicales :
- à l'issue d'un Congé Longue Durée pour maladie contractée en service
 - lors du dernier renouvellement (3ème année)
- Attribution d'une Allocation Temporaire d'Invalidité (ATIACL)
- Attribution d'une Allocation d'Invalidité Temporaire (AIT)
- Retraite pour invalidité, à compter du :
- après expiration d'un : CMO CLM CLD (après passage au Comité Médical)
 - suite à congé pour : accident de service / trajet maladie professionnelle

- Retraite d'un fonctionnaire :
 - dont l'enfant est handicapé à 80 % au moins
 - dont le conjoint est atteint d'une infirmité ou d'une maladie incurable

Attribution de la majoration spéciale pour tierce personne

Attribution d'une pension pour orphelin infirme

Inaptitude imputable au service d'un agent stagiaire

Autre(s) question(s) précise(s) sur laquelle (lesquelles) l'administration souhaite obtenir un avis :

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

EXPERTISE MEDICALE :

du Docteur exerçant à.....

date de l'expertise :

Fait à :

Cachet et signature :

Le :

À transmettre à l'adresse suivante :

Centre de concours et d'examens Pierre Mauroy
Secrétariat de la Commission Départementale de Réforme
Z.I. du Hellu - 1 rue Lavoisier - 59260 HELLEMES
☎ 03.59.56.88.64/65 - 📠 03.59.56.88.87

***Imprimé de saisine à transmettre dûment complété, accompagné des pièces constitutives du dossier
Toute demande de saisine incomplète sera automatiquement retournée***