SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

IMPUTABILITE AU SERVICE D’UN ACCIDENT DE SERVICE/TRAJET

OU MALADIE PROFESSIONNELLE

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE**

Collectivité :

Adresse complète :

Dossier suivi par :

Téléphone :

Courriel :

Nom et coordonnées du médecin traitant : Docteur

Nom et coordonnées du médecin de prévention chargé du suivi médical de l’agent concerné :

Docteur

Fait le :

à :

Signature de l’autorité territoriale

et cachet de la collectivité

**Le dossier complet doit être transmis à :**

M. Le Président de la Commission de Réforme

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Manche

139, rue Guillaume Fouace

CS 12309

50009 SAINT-LÔ Cédex

Ou par courriel : [instances.medicales@cdg50.fr](mailto:instances.medicales@cdg50.fr) (coll – 350 agents)

[s.instances.medicales@cdg50.fr](mailto:s.instances.medicales@cdg50.fr) (coll + 350 agents)

**IDENTIFICATION DE L’AGENT**

Nom :       Nom patronymique :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :       Lieu de naissance :

**🕾 :**

**SITUATION ADMINISTRATIVE**

-Si commune nouvelle, préciser la commune historique de l’agent :

-Grade :

-Affectation :

-Fonctions actuelles exercées :

-Qualité :  Stagiaire  Titulaire

-Date de première embauche :

-Temps de travail hebdomadaire :

Temps complet (35H)  Temps non complet :       H/35H

-Si l’agent en bénéficie :

Temps partiel sur autorisation  Temps partiel de droit

Quotité de temps de travail :       % Motif du temps partiel (si de droit) :

-Agents dont le temps de travail est annualisé :

* Temps de travail hebdomadaire réel :
* Horaires de travail :

-Autres employeurs éventuels :

* Nombre d’heures de travail :
* Fonctions exercées :

**EXPOSE DES CIRCONSTANCES CONDUISANT A LA SAISINE ET   
QUESTIONS PRECISES SUR LESQUELLES L’AVIS EST DEMANDE**

**Accident de service**  **Maladie professionnelle**

**Accident de trajet  Maladie professionnelle liée à l’amiante**

Motif de demande d’avis de la commission :

Imputabilité au service

de l’accident survenu le \*

de la maladie constatée le\*\*

d’une rechute en lien avec l’accident de service du

d’une rechute en lien avec la maladie constatée le

**\***Pour mémoire, la Commission de Réforme est saisie dans les situations suivantes :

- lorsqu'une faute personnelle ou toute autre circonstance particulière est potentiellement de nature à détacher l'accident du service ;

- lorsqu'un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est potentiellement de nature à détacher l'accident de trajet du service.

**\*\***Pour mémoire, la Commission de Réforme est saisie dans les situations suivantes :

- lorsque les conditions mentionnées au tableau des maladies professionnelles ne sont pas réunies ;

- lorsque la maladie n’est pas inscrite aux tableaux des maladies professionnelles.

**Le rapport du médecin de prévention est obligatoire.**

**L’expertise auprès d’un médecin agréé est fortement conseillée.**

Octroi/renouvellement du congé pour invalidité temporaire imputable au service

Du       au

Justification au titre de l’accident ou de la maladie des soins du       au

Octroi/renouvellement d’un temps partiel thérapeutique suite à un avis discordant entre le médecin traitant et le médecin agréé

Réintégration

aptitude ou non à la reprise des fonctions

aménagement des conditions de travail

reclassement

Date de guérison ou de consolidation

Taux d’IPP (incapacité permanente partielle)

Existence ou non d’un état antérieur

Cure thermale

Autre (à préciser) :

**Explications et questions précises de la collectivité notamment en cas d’accident de service ou d’accident de trajet, préciser les éléments qui motivent la saisine :**

**HISTORIQUE RELATIF A CET ACCIDENT DE SERVICE OU A CETTE MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE**

-Date de la reconnaissance (joindre l’arrêté) :

-Dates des congés octroyés

-Période temps partiel thérapeutique octroyés :