



CAISSE NATIONALE DE RETRAITES  
DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES

ETABLISSEMENT DE BORDEAUX

## NOTICE EXPLICATIVE

### Remplissage rapport médical (modèle AF3)

*Cet imprimé doit être rempli au moment de la constitution du dossier médical.  
L'employeur complète la page 1 et le cadre I de la page 3.  
Le médecin complète les pages 2, 3, 4 (sauf le cadre I de la page 3).  
Chaque page comporte plusieurs cadres à remplir.*

#### Page 1 à remplir par l'employeur

Compléter les éléments d'identification de l'agent

A

**Employeur** : indiquer la désignation de votre collectivité

**N° affiliation de l'agent** : indiquer le numéro attribué à l'agent au moment de son affiliation à la CNRACL

**Emploi/Grade actuellement détenu** : indiquer l'intitulé du poste occupé

**Nature exacte des dernières fonctions exercées** : détailler la totalité des tâches effectuées par l'agent sans vous limiter à une dénomination standard (ex : ouvrier professionnel)

B

**Date d'affiliation à la CNRACL** : renseigner la date de début du versement des cotisations à la CNRACL en qualité de stagiaire ou de titulaire.

**Date du dernier jour valable pour la retraite** : indiquer la date du dernier jour payé soumis à cotisations à la CNRACL en position statutaire de congés pour maladie.

**Date de radiation des cadres** : indiquer la date à laquelle la radiation des cadres est envisagée

C

**Accident de service ou maladie professionnelle** : indiquer si l'agent a été victime d'un accident de service ou/et reconnu en maladie professionnelle.

**Majoration pour assistance d'une tierce personne** : indiquer si l'agent demande le bénéfice de cette majoration de pension (si oui, compléter l'imprimé questionnaire TP et l'adresser au médecin)

**Renseignements médicaux** : si l'agent est indemnisé pour des infirmités par d'autres régimes que la CNRACL (ATIACL, Régime général ...) compléter les renseignements relatifs à cette indemnisation

D

**Nom et adresse du médecin traitant** : indiquer les coordonnées du médecin traitant de l'agent (généraliste ou spécialiste)

E

Dater, signer et apposer votre cachet

F

#### Page 2 à remplir par le médecin

*Les libellés et les taux d'invalidité indiqués doivent être conformes au barème annexé au code des pensions civiles et militaires de retraite (décret 2001-99 du 31 janvier 2001)*

*Compléter le haut de la page en vous identifiant ainsi que l'agent examiné et en précisant la date de l'examen.*

**Libellés des infirmités** : Indiquer les infirmités présentées par l'agent dans leur ordre d'apparition.

**Date d'apparition** : Indiquer la date exacte des premières manifestations de l'infirmité.

**Infirmité imputable au service** : Indiquer si l'infirmité a été reconnue imputable ou non imputable au service.

**Taux préexistant à l'affiliation** : Indiquer le taux d'invalidité à retenir à la date d'affiliation à la CNRACL.

**Taux au dernier jour valable** : Indiquer en cas d'infirmité non imputable, le taux d'invalidité à retenir à la date du dernier jour valable pour la retraite.

**Taux à la radiation des cadres** : Indiquer en cas d'infirmité imputable au service, le taux d'invalidité à retenir à la date de radiation des cadres.

G

#### Rapport médical

Votre position devra être argumentée dans un rapport médical, de préférence dactylographié, à joindre obligatoirement.

**Conclusions sur l'inaptitude :**

Répondre obligatoirement à chacune des questions par OUI ou NON selon l'état de santé de l'agent le jour de l'examen.

**H****Examen du droit à la majoration pour assistance d'une tierce personne**

Si l'état de santé de l'agent nécessite l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante, le "questionnaire TP" doit être complété et joint au présent rapport

**Page 3 à remplir par l'employeur (cadre I) et le médecin (cadre J)**

*Ne renseigner cette page que si des séquelles d'accident de service ou de maladie professionnelle sont indemnisées par une allocation temporaire d'invalidité.*

*Rappeler en haut de la page, le nom et le prénom du fonctionnaire, ainsi que la date de l'examen.*

Indiquer le numéro de l'allocation temporaire d'invalidité servie à l'agent, et pour chaque séquelle indemnisée, le libellé, la date de l'accident ou de la maladie et le taux rémunéré.

**I**

Indiquer pour chaque infirmité rémunérée par l'ATIACL, le taux d'invalidité à retenir à la date de radiation des cadres et en cas d'aggravation répondre obligatoirement aux deux questions.

**J****Page 4 à remplir par le médecin**

*Ne renseigner cette page que si des séquelles d'accident de service ou de maladie professionnelle ne sont pas indemnisées par une allocation temporaire d'invalidité.*

*L'employeur doit vous avoir transmis les pièces relatives à l'accident de service ou la maladie professionnelle (rapport hiérarchique, certificat médical initial, certificat du médecin du travail...). Si vous n'en disposez pas, il faut exiger leur transmission.*

*Rappeler en haut de la page, le nom et le prénom du fonctionnaire, ainsi que la date de l'examen.*

Indiquer le libellé et le taux à retenir à la date de radiation des cadres pour chaque infirmité directement provoquée par un accident reconnu imputable au service ou une maladie professionnelle, sans état préexistant (ou état antérieur)

**K**

Indiquer le libellé et le taux à retenir à la veille de l'accident de service ou de la maladie professionnelle (taux de l'état préexistant) et à la date de radiation des cadres pour chaque infirmité préexistante aggravée par un accident de service ou par une maladie professionnelle.

**L**

En cas d'infirmité préexistante, répondre obligatoirement aux deux questions sur l'origine de l'inaptitude.

**M**

En cas de maladie d'origine professionnelle, indiquer s'il existe un lien direct et certain entre la maladie et les fonctions qui ont été exercées par l'agent.

**N**

Si l'agent présente des infirmités imputables et non imputables au service, répondre obligatoirement à la question.

**O**

Dater et signer le document et apposer votre cachet

**P**