

COMMISSION DE REFORME

bordereau à joindre à toute demande

Monsieur le Président
Commission de Réforme
11 Boulevard des Capucins
BP 80092
48003 MENDE CEDEX

Collectivité / Etablissement :

Gestionnaire dossier :

Nom – prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Grade :

Fonctions :

Date nomination stagiaire :/...../..... Date titularisation :/...../.....

N° de Sécurité Sociale :

Nombre d'heures hebdomadaires :

Temps complet

Temps non complet : heures..... minutes (*emploi créé pour une durée inférieure au temps complet*)

Temps partiel :% (*emploi créé à temps complet, l'agent a été autorisé à travailler à temps partiel*)

Objet de la présente soumission :

- Demande d'imputabilité au service de l'accident relevant d'un CITIS du :/...../.....
- accident de service accident de trajet
- Demande d'imputabilité au service de l'accident de trajet relevant d'un CITIS du :/...../.....
- Demande de reconnaissance d'une maladie survenue dans l'exercice des fonctions relevant d'un CITIS du :/...../.....
- Demande de prise en charge de la **rechute avec nouvelles circonstances** précises en rapport avec l'accident de service ou la maladie survenue dans l'exercice des fonctions du :/...../.....
- Demande de **prise en charge des prolongations d'arrêt de travail** du :/...../.....
- Demande de **prise en charge des frais médicaux** :
- Demande de **prise en charge d'une cure thermale** du :/...../.....
- Demande de **Temps Partiel Thérapeutique (suite à un accident de service/maladie professionnelle)**
- Demande de **reprise des fonctions à temps plein à compter** :/...../.....
- Demande de **reclassement professionnel pour raison de santé** :
- inaptitude aux fonctions aptitude à d'autres fonctions

- A l'issue d'un congé pour Maladie professionnelle ou Accident de service : **aptitude ou inaptitude aux fonctions**
- Au terme d'1 an consécutif d'arrêt pour maladie professionnelle ou accident de service : **aptitude ou Inaptitude aux fonctions** (*si définitive à toutes fonctions, faire dossier de mise en retraite d'office pour invalidité résultant du service*)
- Demande d'**allocation temporaire d'invalidité, révision quinquennale, révision nouvel accident, révision à la radiation (ATI)**
- Demande d'**allocation d'invalidité temporaire (AIT)**
- Demande de **disponibilité d'office pour raisons de santé suite accident de service ou maladie professionnelle**
- Demande de **prolongation d'activité**
- Demande de **mise à la retraite pour invalidité des fonctionnaires CNRACL**
- Demande de **majoration spéciale pour tierce personne**
- Demande de **pension d'orphelin infirme à la charge du fonctionnaire**
- Demande d'**allocations supplémentaires des fonctionnaires en retraite**
- Demande de **mise à la retraite CNRACL (enfant invalide, conjoint invalide)**
- Autre :
-

Commission de Réforme Départementale

Première soumission du dossier pour une demande d'imputabilité au service :

oui

non

Si non, date de la dernière soumission :/...../.....

Avis émis lors de la dernière séance :

.....

Le Fonctionnaire a-t-il déjà obtenu un taux d'IPP :

oui, indiquer le taux d'IPP même inférieur à 10 %.....

non

CERTIFICATS MEDICAUX	Nom du médecin	Date du certificat	Arrêts ou Soins		Décompte des Journées
			Date de début	Date de fin	
Initial					
De prolongation (Si plusieurs arrêts de prolongation, reproduire ce tableau)					
De prolongation (Si plusieurs arrêts de prolongation, reproduire ce tableau)					
De prolongation (Si plusieurs arrêts de prolongation, reproduire ce tableau)					
De prolongation (Si plusieurs arrêts de prolongation, reproduire ce tableau)					
De prolongation (Si plusieurs arrêts de prolongation, reproduire ce tableau)					
De reprise					
De guérison					
De consolidation					

→ Questions posées à la Commission départementale de réforme :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à _____ , le _____
Signature et cachet

- Pièces à joindre pour toute saisine :
- le bordereau des **pièces à joindre pour l'examen du dossier**
 - la **fiche de poste de l'agent**
 - **toutes les pièces relatives au cas précis.**



11 Boulevard des Capucins- 48000 MENDE
Tél. : 04 66 65 30 03 - Fax : 04 66 49 36 02
Courriel : cdg48@cdg48.fr

www.cdg48.fr

