

NOM et Prénom de l'agent :

**CITIS**

**LES MALADIES PROFESSIONNELLES**

**LA MALADIE CONTRACTÉE DANS L'EXERCICE DES FONCTIONS**

**PIÈCES À FOURNIR**

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un courrier de saisine indiquant de manière précise son objet et les questions pour lesquelles il est nécessaire d'avoir un avis (prise en charge des périodes initiales et/ou de prolongation),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le formulaire de déclaration de l'agent,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les certificats médicaux décrivant les lésions (certificat initial, de prolongation, etc. : <b>volet 1 ou 2</b> ),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La description du poste de travail de l'agent concerné (et non de la fonction),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un état récapitulatif des différents arrêts de travail liés à la maladie,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport hiérarchique,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'expertise médicale réalisée par un médecin agréé,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport écrit du médecin du travail de médecine préventive ( <u>la transmission de ce document est obligatoire</u> ),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Et éventuellement : Tous documents susceptibles d'apporter des éléments complémentaires dans la décision médicale

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

NOM et Prénom de l'agent :

**Accusé de réception**

Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Date de séance prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**  
avant le \_\_\_\_\_