

NOM et Prénom de l'agent :

**LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS MÉDICAUX CONSÉCUTIFS À L'ACCIDENT
OU À 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"/>

La demande de prise en charge formulée par l'intéressé,

Le certificat médical prescrivant les soins,

Et également suivant les cas :

L'entente préalable pour cure thermale (précisant le lieu de cure, la durée et les soins pratiqués)

Le devis pour l'appareillage.

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 _____