

NOM et Prénom de l'agent :

CITIS

LES RECHUTES

LES SUITES DE L'ACCIDENT DE SERVICE

OU DE 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"/>	Formulaire précisant les circonstances de la rechute.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le dossier initial (dossier administratif et dossier médical) de l'accident ou de la maladie,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport hiérarchique,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La déclaration administrative de la rechute mentionnant les circonstances de la rechute,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les certificats médicaux décrivant les lésions (le certificat initial de rechute doit décrire les circonstances de la rechute),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'expertise médicale réalisée par un médecin agréé (elle devra préciser notamment si l'arrêt est en relation directe et certaine avec l'accident initial et la préexistence éventuelle d'un état antérieur).

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 _____