NOM et Prénom de l'agent :

LA RÉINTÉGRATION D'UN FONCTIONNAIRE RETRAITÉ POUR INVALIDITÉ

***

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité	
☐	☐	Un courrier indiquant de manière précise l'objet de la saisine,
☐	☐	La demande du fonctionnaire,
☐	☐	Le certificat médical du médecin traitant.

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 _____