

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"/>

Le formulaire de saisine de transmission des dossiers au Conseil Médical en formation plénière (téléchargeable sur le site Internet du CDG86),

Le certificat médical prescrivant les soins,

Et également suivant les cas :

L'entente préalable pour cure thermique (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 \_\_\_\_\_