

NOM et Prénom de l'agent :

**L'ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ
DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES
LA RÉVISION QUINQUENNALE OBLIGATOIRE
LA RÉVISION SUR DEMANDE
LA RÉVISION EN CAS DE NOUVEL ACCIDENT**

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),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La demande de l'intéressé (sauf en cas de révision quinquennale obligatoire),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le dossier administratif (imprimable depuis le site Internet : www.cdc.retraites.fr),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ET Le rapport médical complété par le médecin agréé accompagné de toutes les pièces médicales (notamment les certificats médicaux initial et final, les précédents procès-verbaux de la commission départementale de réforme, le rapport du médecin de médecine préventive),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les dossiers des accidents ou maladies contractées en service antérieurs en cas de révision pour un nouvel accident.

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 _____