

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 CMFP	Pièces à joindre par la collectivité
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Un courrier indiquant de manière précise l'objet de la saisine

La demande de l'intéressé (sauf en cas de révision quinquennale obligatoire),

Le dossier administratif (imprimable depuis le site Internet :
www.cdc.retraites.fr)

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 du Conseil médical en formation plénière

Une copie du rapport hiérarchique,

Les dossiers des accidents ou maladies contractées en service antérieurs en cas de révision pour un nouvel accident.

Formation plénière du _____

Cadre réservé à la formation plénière _____

Conseil médical en formation plénière (CMFP)

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 CMFP

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

Le secrétariat du Conseil médical