

Formulaire de saisine du Conseil médical

1. Identification de l'employeur

Employeur (à l'initiative de la demande, si agent intercommunal ou pluri communal) :

.....

Adresse :

N° SIRET :

Nom de la personne chargée du suivi du dossier :

Téléphone : Mail :

Nom (et adresse le cas échéant) du médecin du travail chargé du suivi de l'agent :

.....

.....

Téléphone : Mail :

Autres collectivités (si l'agent est intercommunal ou pluri communal) :

.....

2. Renseignement concernant l'agent

Identification

Nom usuel : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

.....

.....

Observations :

.....

.....

Situation administrative

Statut de l'agent : ☐ **Stagiaire CNRACL** ☐ **Titulaire CNRACL**
☐ **Stagiaire IRCANTEC** ☐ **Titulaire IRCANTEC**
☐ **Contractuel de droit public** ☐ **Sapeur-pompier volontaire**

Grade : Service :

Catégorie : ☐ **A** ☐ **B** ☐ **C**

☐ **Agent en détachement** (préciser la collectivité ou l'administration)

Temps de travail hebdomadaire :

☐ **Temps complet** ☐ **Temps partiel** : %
☐ **Temps non complet** : heures minutes

Type d'agent :

- ☐ **Cas général** (agent nommé sur un grade dans une seule collectivité)
☐ **Intercommunal** (agent nommé sur le même grade dans plusieurs collectivités)
☐ **Pluri communal** (agent nommé sur des grades différents dans différentes collectivités)

Complétez le tableau ci-dessous si agent intercommunal, pluri communal ou polyvalent :

Collectivité	Grade	Temps de travail hebdomadaire
		 heures minutes
		 heures minutes
		 heures minutes

Date d'entrée dans la Fonction Publique Territoriale :

Date d'entrée dans la collectivité/établissement :

Date de titularisation :

Date d'affiliation à la CNRACL :

Nombre de trimestres valables au titre du régime CNRACL (au 1^{er} janvier de l'année en cours) :

Descriptif des fonctions exercées par l'agent *(joindre la fiche de poste de l'agent)*

• Fonctions :

• Activités et tâches exercées :

.....

.....

.....

.....

• Fréquence des activités et tâches :

.....

.....

• Matériels et produits utilisés à l'occasion de ces activités :

.....

.....

Historique des congés de l'agent *(indiquer les périodes octroyées)*

Congé maladie ordinaire, congé de longue maladie, congé de longue durée, congé de grave maladie, temps partiel thérapeutique, disponibilité d'office pour raison de santé :

Nature du congé	Survenu le	Arrêt du	Au

Accident de service, accident de trajet, maladie professionnelle :

Type d'accident	Survenu le	Arrêt du	au

Le Conseil médical (ou ex-commission de réforme ou ex-comité médical) a-t-il déjà été saisi pour cet agent ?

- ☐ Oui, date(s) des avis :
- ☐ Non (joindre le ou les arrêtés déjà pris)

Situation actuelle de l'agent

Arrêts en lien avec la demande :

Nature du congé	Survenu le	Arrêt du	Au

Reprise sur son poste le

3. **Objet de la saisine : formation restreinte**

La **formation restreinte** du Conseil médical (composition médicale exclusivement) traite principalement des congés pour raison de santé (congé maladie ordinaire / congé de longue maladie / congé de longue durée / congé de grave maladie).

L'employeur peut poser plusieurs questions au Conseil médical.

Cochez dans ce cas autant de cases que nécessaire.

- ☐ **Congé de maladie ordinaire (CMO)**
- ☐ Réintégration à l'expiration des droits (1 an)
- ☐ **Congé de longue maladie (CLM)**
- ☐ Octroi d'une première période de congé de longue maladie à compter du
- ☐ Prolongation d'un congé de longue maladie après épuisement des droits à rémunération à plein traitement (1 an), soit à compter du (*procédure à renouveler jusqu'à la fin des droits*)
- ☐ Réintégration à l'expiration des droits (3 ans)
- ☐ Réintégration à l'issue d'un congé de longue maladie lorsque le bénéficiaire de ce congé exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières

- ☐ **Congé de longue durée (CLD)**
 - ☐ Octroi d'une première période de congé de longue durée à compter du
 - ☐ Prolongation d'un congé de longue durée après épuisement des droits à rémunération à plein traitement (3 ans), soit à compter du (procédure à renouveler jusqu'à la fin des droits)
 - ☐ Réintégration à l'expiration des droits (5 ans)
 - ☐ Réintégration à l'issue d'un congé de longue durée lorsque le bénéficiaire de ce congé exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières
- ☐ **Congé de grave maladie (CGM)**
 - ☐ Octroi à compter du
 - ☐ Prolongation d'un congé de grave maladie après épuisement des droits à rémunération à plein traitement (1 an), soit à compter du (procédure à renouveler jusqu'à la fin des droits)
 - ☐ Réintégration à l'expiration des droits (3 ans)
- ☐ **Congé de longue maladie d'office (CLM d'office)**
 - ☐ Octroi d'une première période de congé de longue maladie d'office à compter du
 - ☐ Prolongation d'un congé de longue maladie d'office
 - ☐ Réintégration au terme des droits du congé de longue maladie « d'office »
- ☐ **Disponibilité d'office pour raison de santé**
 - ☐ Octroi à compter du
 - ☐ Renouvellement à compter du
 - ☐ Réintégration à l'issue d'une période de disponibilité d'office à compter du
- ☐ **Reclassement dans un autre emploi public à la suite d'une altération de l'état de santé du fonctionnaire**
(lorsque l'agent est en cours de droits à CMO/CLM/CLD)
- ☐ **Contestation de l'avis médical rendu par un médecin agréé sur :**
 - ☐ L'admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières
 - ☐ Octroi ou renouvellement d'un temps partiel thérapeutique à compter du
 - ☐ Examen médical dans le cadre de congé pour raisons de santé (CMO, CLM, CGM, CLD)
 - ☐ Examen médical dans le cadre d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS)
 - ☐ Examen médical dans le cadre cas d'invalidités ou d'infirmité du fonctionnaire, de son conjoint ou de son enfant
 - ☐ Examen médical dans le cadre d'un arrêt de travail délivré par un médecin, chirurgien-dentiste, ou une sage-femme
- ☐ **Congés pour faits de guerre**
- ☐ **Contestation de l'avis du Conseil médical réuni en formation restreinte auprès du Conseil médical supérieur (attention délai de 2 mois à compter de la notification de l'avis du Conseil médical pour saisir).**

Les pièces transmises par l'employeur annexées au dossier administratif de saisine sont communicables à l'agent (si l'agent en fait la demande écrite).

Fait à le

Signature et cachet de l'autorité territoriale

4. Objet de la saisine : formation plénière

La **formation plénière** (composition médicale et paritaire) intervient en matière d'accident de service, maladies professionnelles et invalidité, notamment. Elle est compétente pour les agents affiliés à la CNRACL.

L'employeur peut poser plusieurs questions au Conseil médical.

Cochez dans ce cas autant de cases que nécessaire.

- ☐ **Refus d'octroi d'un CITIS (avec fixation taux IPP) dans le cadre d'une demande d'imputabilité d'un/d'une :**
 - ☐ **Accident de service** (saisine prévue en cas de faute personnelle ou toute autre circonstance particulière de nature à rejeter l'imputabilité de l'accident au service).
 - ☐ **Accident de trajet** (saisine prévue en cas de fait personnel ou toute autre circonstance particulière étrangère aux nécessités de la vie courante et de nature à détacher l'accident de trajet du service)
 - ☐ **Maladie d'origine professionnelle hors tableau** (saisine prévue si présomption d'imputabilité non remplie)
 - ☐ **Maladie professionnelle n°.....** (saisine prévue si présomption d'imputabilité non remplie)

- ☐ **Attribution de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI) :**
 - ☐ Demande d'attribution

- ☐ **Retraite :**
 - ☐ Mise à la retraite pour invalidité

- ☐ **Issue des congés pour raison de santé**
 - ☐ Reclassement dans un autre emploi public (*lorsque l'agent est au terme final des droits à CMO/CLM/CLD*)
 - ☐ Situation à l'expiration de la dernière période de congé de longue maladie ou de congé de longue durée (*reclassement, mise en disponibilité d'office, admission à la retraite, ou licenciement*)

- ☐ **Autres cas de saisine :**
 - ☐ Octroi d'un congé de maladie résultant de l'accomplissement d'un acte de dévouement dans un intérêt public
 - ☐ Octroi des prestations et indemnisation suite à accident de service ou une maladie imputable au service pour les sapeurs-pompiers volontaires
 - ☐ Licenciement pour inaptitude physique du fonctionnaire stagiaire à accident de service ou une maladie imputable au service pour les sapeurs-pompiers volontaires
 - ☐ Licenciement pour inaptitude physique du fonctionnaire stagiaire suite à une pathologie imputable au service.

Ce formulaire doit obligatoirement être complété pour valider votre saisine du Conseil médical.

Les pièces transmises par l'employeur annexées au dossier administratif de saisine sont communicables à l'agent (si l'agent en fait la demande écrite).

Fait à le

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné au Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Tarn pour la gestion des saisines du Conseil médical. Le ou les destinataires des données sont les agents habilités du service du Conseil médical. Les données sont conservées pour la durée de carrière de l'agent.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 14 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données ou une limitation du traitement de celles-ci. La base légale de ce traitement est le consentement.

Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant au Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Tarn : cdg81@cdg81.fr.

5. Annexe : liste des pièces à fournir en fonction du cas de saisine

Cas de saisine de la formation <u>restreinte</u>	Pièces à fournir
- Octroi d'un congé longue maladie (CLM) - Octroi d'un congé de grave maladie (CGM) - Octroi d'un congé de longue durée (CLD)	□ Demande de l'agent (<i>obligatoire</i>) □ Certificat du médecin traitant à l'appui de la demande (<i>obligatoire</i>) □ Certificat médical détaillé du médecin traitant indiquant la pathologie (<u>à envoyer sous pli confidentiel</u>) (<i>obligatoire</i>) □ Fiche de poste (<i>obligatoire</i>) □ Historique des absences (<i>facultatif</i>) □ Arrêts maladie - CERFA (<i>facultatif</i>) □ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>)
- Prolongation d'un CLM (après épuisement des droits à plein-traitement) - Prolongation d'un CLD (après épuisement des droits à plein-traitement)	□ Demande du fonctionnaire (<i>obligatoire</i>) □ Certificat du médecin traitant à l'appui de la demande (<i>obligatoire</i>) □ Certificat médical détaillé du médecin traitant indiquant la pathologie (<u>à envoyer sous pli confidentiel</u>) (<i>obligatoire</i>) □ Fiche de poste (<i>facultatif</i>) □ Arrêts maladie CERFA (<i>facultatif</i>) □ Historique des absences (<i>facultatif</i>) □ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>)
- Réintégration à l'issue des droits à CMO (1 an) - Réintégration à l'issue des droits à CLM (3 ans) - Réintégration à l'issue des droits à CGM (3 ans) - Réintégration à l'issue des droits à CLD (5 ans)	□ Certificat du médecin traitant à l'appui de la demande (<i>obligatoire</i>) □ Fiche de poste (<i>obligatoire</i>) □ Nouvelle fiche de poste en cas de changement (<i>facultatif</i>) □ Certificat médical détaillé du médecin traitant (<u>à envoyer sous pli confidentiel</u>) (<i>facultatif</i>) □ Éventuellement expertises diligentées par l'employeur dans le cadre d'un suivi (<u>à envoyer sous pli confidentiel</u>) (<i>facultatif</i>) □ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>)

Octroi d'un CLM <u>d'office</u>	☐ Lettre de saisine de la collectivité (<i>obligatoire</i>) ☐ Rapport hiérarchique (<i>obligatoire</i>) ☐ Fiche de poste (<i>obligatoire</i>) ☐ Rapport écrit du médecin du travail (<i>obligatoire</i>) ☐ Attestation des témoins (<i>facultatif</i>)
Prolongation d'un CLM <u>d'office</u>	☐ Lettre de saisine de la collectivité (<i>obligatoire</i>) ☐ Rapport hiérarchique (<i>obligatoire</i>) ☐ Fiche de poste (<i>facultatif</i>) ☐ Rapport écrit du médecin du travail (<i>facultatif</i>) ☐ Attestation des témoins (<i>facultatif</i>)
Réintégration à l'issue d'un CLM <u>d'office</u>	☐ Lettre de saisine de la collectivité ou demande manuscrite de l'agent (<i>obligatoire</i>) ☐ Certificat du médecin traitant à l'appui de la demande (<i>obligatoire</i>) ☐ Fiche de poste (<i>obligatoire</i>) ☐ Nouvelle fiche de poste en cas de changement (<i>facultatif</i>) ☐ Historique des absences (<i>facultatif</i>) ☐ Eventuellement expertises diligentées par l'employeur dans le cadre d'un suivi (<u>à envoyer sous pli confidentiel</u>) (<i>facultatif</i>) ☐ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>)
Octroi et prolongation de la disponibilité d'office pour raison de santé (DORS)	☐ Fiche de poste (<i>obligatoire</i>) ☐ Décisions prises par la collectivité dans le cadre du CMO/CGM/CLM/CLD (<i>obligatoire</i>) ☐ Historique des absences (<i>obligatoire</i>) ☐ Lettre de saisine de la collectivité ou demande manuscrite de l'agent (<i>facultatif</i>) ☐ Certificat du médecin traitant à l'appui de la demande (<i>facultatif</i>) ☐ Arrêts maladie CERFA (<i>facultatif</i>) ☐ Certificat médical détaillé du médecin traitant indiquant la pathologie (<u>à envoyer sous pli confidentiel</u>) (<i>facultatif</i>) ☐ Eventuellement expertises diligentées par l'employeur dans le cadre d'un suivi (<u>à envoyer sous pli confidentiel</u>) (<i>facultatif</i>) ☐ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>)

Réintégration à l'issue d'une période de disponibilité d'office pour raison de santé (DORS)	☐ Lettre de saisine de la collectivité ou demande manuscrite de l'agent (<i>obligatoire</i>) ☐ Certificat du médecin traitant à l'appui de la demande (<i>obligatoire</i>) ☐ Fiche de poste (<i>obligatoire</i>) ☐ Avis médicaux médecin agréé sollicité par l'employeur dans le cadre d'un suivi (<u>à envoyer sous pli confidentiel</u>) (<i>facultatif</i>) ☐ Nouvelle fiche de poste si changement (<i>facultatif</i>) ☐ Certificat médical détaillé du médecin traitant <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>) ☐ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>)
Reclassement dans un autre emploi public à la suite d'une altération de l'état de santé du fonctionnaire (lorsque l'agent est en cours de droits à CMO/CLM/CLD)	☐ Fiche de poste (<i>obligatoire</i>) ☐ Historique des absences (<i>obligatoire</i>) ☐ Lettre de saisine de la collectivité ou demande manuscrite de l'agent (<i>facultatif</i>) ☐ Demande de l'agent (<i>facultatif</i>) ☐ Certificat du médecin traitant à l'appui de la demande (<i>facultatif</i>) ☐ Certificat médical détaillé du médecin traitant (<u>à envoyer sous pli confidentiel</u>) (<i>facultatif</i>) ☐ Eventuellement expertises diligentées par l'employeur dans le cadre d'un suivi (<u>à envoyer sous pli confidentiel</u>) (<i>facultatif</i>) ☐ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>)
Contestation de l'avis du médecin agréé (cf. détails des cas dans le formulaire de saisine)	☐ Lettre de saisine de la collectivité ou demande manuscrite de l'agent (<i>obligatoire</i>) ☐ Certificat du médecin traitant à l'appui de la demande (<i>obligatoire</i>) ☐ Eventuellement expertises diligentées par l'employeur dans le cadre d'un suivi, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>obligatoire</i>) ☐ Fiche de poste (<i>obligatoire</i>) ☐ Décisions prises par la collectivité dans le cadre du CMO/CGM/CLM/CLD (<i>facultatif</i>)
Congé pour fait de guerre	☐ Certificat du médecin traitant à l'appui de la demande (<i>obligatoire</i>) ☐ Certificat médical détaillé du médecin traitant (<u>à envoyer sous pli confidentiel</u>) (<i>obligatoire</i>) ☐ Titre CABAT : Ouverture de droit à pension invalidité militaire (<i>obligatoire</i>) ☐ Fiche de poste (<i>facultatif</i>) ☐ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>)

Cas de saisine de la formation plénière	Pièces à fournir
Refus d'octroi d'un CITIS (avec fixation taux IPP) dans le cadre d'une demande d'imputabilité d'un/d'une : - accident de service (AS) - accident de trajet (AT)	□ Courrier de l'autorité territoriale indiquant les raisons pour lesquelles l'employeur ne reconnaît pas l'imputabilité au service de l'accident, en lien avec une faute professionnelle de l'agent ou toute autre circonstance particulière de nature à détacher l'accident du service (obligatoire) □ Formulaire de déclaration de l'accident, complété par l'agent (obligatoire) □ Certificat médical initial administratif (obligatoire) □ Certificat médical <u>initial détaillé</u> faisant apparaître la date et les constatations des lésions (obligatoire) □ Fiche de poste (obligatoire) □ Eventuellement expertise diligentée par l'employeur dans le cadre de la demande d'imputabilité, à envoyer sous pli confidentiel (facultatif) □ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, à envoyer sous pli confidentiel (facultatif)
Refus d'octroi d'un CITIS (avec fixation taux IPP) dans le cadre d'une demande d'imputabilité d'un/d'une : - maladie professionnelle n° (saisine prévue si présomption d'imputabilité non remplie) - maladie d'origine professionnelle hors tableau (saisine prévue si présomption d'imputabilité non remplie)	□ Rapport du médecin du travail, indiquant la date d'origine de la maladie, le n° du tableau, le détail de la pathologie reconnue, ainsi que la latéralité de la lésion constatée (obligatoire) □ Formulaire de déclaration de la maladie, complété par l'agent (obligatoire) □ Certificat médical initial administratif (obligatoire) □ Certificat médical <u>initial détaillé</u> faisant apparaître la date et les constatations des lésions (obligatoire) □ Fiche de poste (obligatoire) □ Eventuellement expertise diligentée par l'employeur dans le cadre de la demande d'imputabilité, à envoyer sous pli confidentiel (facultatif) □ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, à envoyer sous pli confidentiel (facultatif)
Allocation temporaire d'invalidité (ATI)	□ Demande manuscrite de l'agent (obligatoire) □ Formulaire de déclaration de l'accident ou de la maladie, complété par l'agent (obligatoire) □ Certificat médical initial administratif (obligatoire) □ Certificat médical <u>initial détaillé</u> faisant apparaître la date et les constatations des lésions (obligatoire) □ Fiche de poste (obligatoire) □ Eventuellement expertise diligentée par l'employeur dans le cadre de la demande d'imputabilité, à envoyer sous pli confidentiel (facultatif) □ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, à envoyer sous pli confidentiel (facultatif)
Retraite pour invalidité	□ Formulaire AF3 CNRACL remplie et signée par l'employeur au niveau de la partie administrative (page n°1 du document) (obligatoire) □ Fiche de poste (obligatoire) □ Demande manuscrite de l'agent (facultatif) □ Attestation CNRACL dans le cadre de l'absence de poste de reclassement (facultatif) □ Copie du dernier avis rendu en formation restreinte (facultatif) □ Si AS/AT/MP : certificat médical <u>initial détaillé</u> faisant apparaître la date et les constatations des lésions (facultatif) □ Eventuellement expertise diligentée par l'employeur dans le cadre du suivi, à envoyer sous pli confidentiel (facultatif) □ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, à envoyer sous pli confidentiel (facultatif)

Reclassement dans un autre emploi public (lorsque l'agent est au terme final des droits à CMO/CLM/CLD)	☐ Arrêté de la situation administrative actuelle de l'agent (<i>obligatoire</i>) ☐ Fiche de poste (<i>obligatoire</i>) ☐ Demande manuscrite de l'agent (<i>facultatif</i>) ☐ Avis rendus par le conseil médical (<i>facultatif</i>) ☐ Historique des absences (<i>facultatif</i>) ☐ Eventuellement expertise diligentée par l'employeur dans le cadre du suivi, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>) ☐ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>)
Octroi d'un congé de maladie résultant de l'accomplissement d'un acte de dévouement dans un intérêt public	☐ Demande manuscrite de l'agent (<i>obligatoire</i>) ☐ Formulaire de déclaration de l'accident, complété par l'agent (<i>obligatoire</i>) ☐ Certificat médical initial administratif (<i>obligatoire</i>) ☐ Certificat médical <u>initial détaillé</u> faisant apparaître la date et les constatations des lésions (<i>obligatoire</i>) ☐ Exposé des circonstances de l'acte de dévouement (<i>obligatoire</i>) ☐ Fiche de poste (<i>obligatoire</i>) ☐ Eventuellement expertise diligentée par l'employeur dans le cadre du suivi, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>) ☐ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>)
Octroi des prestations et indemnisation suite à accident de service ou une maladie imputable au service pour les sapeurs-pompiers volontaires	☐ Demande manuscrite de l'agent (<i>obligatoire</i>) ☐ Formulaire de déclaration de l'accident, complété par l'agent (<i>obligatoire</i>) ☐ Certificat médical initial administratif (<i>obligatoire</i>) ☐ Copie des décisions de la collectivité (<i>obligatoire</i>) ☐ Certificat médical <u>initial détaillé</u> faisant apparaître la date et les constatations des lésions (<i>facultatif</i>) ☐ Eventuellement expertise diligentée par l'employeur dans le cadre du suivi, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>) ☐ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>)
Licenciement pour inaptitude physique du fonctionnaire stagiaire	☐ Certificat médical initial administratif (<i>obligatoire</i>) ☐ Certificat médical <u>initial détaillé</u> faisant apparaître la date et les constatations des lésions (<i>obligatoire</i>) ☐ Fiche de poste (<i>obligatoire</i>) ☐ Copie des décisions de la collectivité (<i>obligatoire</i>) ☐ Eventuellement expertise diligentée par l'employeur dans le cadre du suivi, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>) ☐ Tous les éléments médicaux utiles en possession de l'agent relatif à la pathologie, <u>à envoyer sous pli confidentiel</u> (<i>facultatif</i>)