



RAPPORT MÉDICAL (Modèle AF3)

Retrouvez sur le site www.cdc.retraites.fr/employeur/invalidite

toutes les informations et les ressources nécessaires à la bonne gestion de vos dossiers.

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR AVANT L'EXAMEN MÉDICAL

Nom patronymique et prénom de l'agent : _____
Nom d'usage (épouse, divorcée, veuve) : _____
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| NIR : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

A

Employeur : _____

Número affiliation de l'agent : |_|_|_| |_|_| |_|_|_| |_| |_|_|_|_|_|_|_|_

Emploi / grade actuellement détenu : _____

Nature exacte des dernières fonctions exercées (description précise et détaillée des tâches effectuées par l'agent ou joindre la fiche descriptive des fonctions) :

E

L'agent a-t-il été victime d'un accident de service ? _____ ☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

A-t-il été reconnu en maladie professionnelle ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

C

Si **"OUI"**, joindre un rapport hiérarchique, le certificat médical initial (photocopie) et le certificat du médecin de prévention

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Téléphone : | | | | | | | | | |

D

Certifié exact, le : | | | |

Cachet et signature de la collectivité

E

RAPPEL :

Les zones sont à remplir par l'employeur,

Les zones  sont à remplir par le médecin.

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je soussigné, Docteur

praticien ou expert, certifie avoir examiné le _____

☐ Madame ☐ Monsieur

F

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

① Date d'affiliation à la CNRACL _____

② Date du dernier jour valable pour la retraite _____

③ Date de radiation des cadres _____

G

RAPPORT MÉDICAL

Joindre obligatoirement un rapport médical **dactylographié**, établissant le lien entre les infirmités énumérées et l'impossibilité pour l'agent d'effectuer les tâches qui lui incombent (cf. cadre B, page 1).

Les libellés et les taux doivent être déterminés conformément au barème annexé au code des pensions civiles et militaires de retraite.

Libellé des infirmités présentées par l'agent dans leur ordre d'apparition (même si elles sont déjà rémunérées)	Date d'apparition	Non imputable au service		Imputable au service		Infirmité contractée ou aggravée en période valable
		Taux préexistant à l'affiliation ① _____	Taux au dernier jour valable ② _____	Taux à la veille accident ou MP ③ _____	Taux à la radiation des cadres ④ _____	
1	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	☐ Oui ☐ Non
2	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	☐ Oui ☐ Non
3	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	☐ Oui ☐ Non
4	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	☐ Oui ☐ Non
5	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	☐ Oui ☐ Non
6	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	☐ Oui ☐ Non
7	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	☐ Oui ☐ Non
8	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	☐ Oui ☐ Non

H

CONCLUSIONS MÉDICALES

Le fonctionnaire est-il **APTE** à exercer ses fonctions ? _____ ☐ Oui ☐ Non

Si **NON**, est-il apte à exercer des fonctions sous réserve :

- d'un aménagement de poste / fonctions ou de ses conditions de travail ? _____ ☐ Oui ☐ Non

- d'une mesure de reclassement ? _____ ☐ Oui ☐ Non

L'inaptitude du fonctionnaire à ses fonctions est-elle définitive ? _____ ☐ Oui ☐ Non

Le fonctionnaire est-il inapte à exercer toutes fonctions ? _____ ☐ Oui ☐ Non

I

TIERCE PERSONNE

L'état de santé de l'agent nécessite-t-il l'assistance d'une tierce personne ? _____ ☐ Oui ☐ Non

Si **"OUI"**, joindre le questionnaire TP - www.cnracl.retraites.fr/employeur/invalidite

J

ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ (ATI)

Partie à remplir s'il existe des séquelles d'accident de service ou de maladie professionnelle rémunérées par une allocation temporaire d'invalidité

L'agent bénéficie-t-il d'une allocation temporaire d'invalidité **rémunérée** ? _____ ☐ Oui ☐ Non

Si "**oui**", précisez le n° ATI : _____

K

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Libellé des infirmités	Date de l'accident ou de la maladie professionnelle	Taux rémunéré
	_____	_____ %
	_____	_____ %
	_____	_____ %
	_____	_____ %
	_____	_____ %

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Taux d'invalidité à la radiation des cadres
_____ %
_____ %
_____ %
_____ %
_____ %

M

À remplir uniquement si aggravation d'une ou plusieurs des infirmités ci-dessus :

Précisez si l'aggravation est due à un fait étranger à l'accident de service / maladie professionnelle _____ ☐ Oui ☐ Non

Précisez si l'aggravation contribue à l'incapacité _____ ☐ Oui ☐ Non

VOTRE POSITION DEVRA ÊTRE ARGUMENTÉE DANS LE RAPPORT MÉDICAL

AUTRES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

D'autres infirmités sont-elles rémunérées par d'autres régimes de sécurité sociale ? _____ ☐ Oui ☐ Non

Si oui :

Libellé des infirmités (joindre fiche descriptive des affections)	Régime	Taux	Date de constatation
1 _____	_____	_____ %	_____
2 _____	_____	_____ %	_____
3 _____	_____	_____ %	_____
4 _____	_____	_____ %	_____

N

RAPPEL :

Les zones sont à remplir par l'employeur,

Les zones sont à remplir par le médecin.

AF3 - Examen de : _____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

Date : | | | | |

MALADIE PROFESSIONNELLE

En cas de maladie professionnelle, existe-t-il un lien direct et certain entre la maladie et les fonctions exercées ? ☐ Oui ☐ Non

O

COEXISTENCE D'INFIRMITÉS IMPUTABLES ET NON IMPUTABLES AU SERVICE

Les blessures ou maladies contractées ou aggravées en service contribuent-elles à la mise à la retraite pour inaptitude du fonctionnaire ? ☐ Oui ☐ Non

P

ÉTAT ANTÉRIEUR

S'il existe un état antérieur à l'accident de service ou à la maladie professionnelle, la part imputable de la séquelle contribue-t-elle à l'aptitude de l'agent ? ☐ Oui ☐ Non

Q

DATE ET SIGNATURE

Tout formulaire ne comportant pas le cachet et la signature sera retourné

Fait à : _____

Le : | | | | |

Cachet et signature du médecin

R

RAPPEL :

Les zones ☐ sont à remplir par l'employeur,

Les zones ☐ sont à remplir par le médecin.