

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 | Taux à la radiation des cadres 3 | |
| 1 | _____ | _____ % | _____ % | _____ % | _____ % | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2 | _____ | _____ % | _____ % | _____ % | _____ % | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3 | _____ | _____ % | _____ % | _____ % | _____ % | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4 | _____ | _____ % | _____ % | _____ % | _____ % | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5 | _____ | _____ % | _____ % | _____ % | _____ % | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 6 | _____ | _____ % | _____ % | _____ % | _____ % | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 7 | _____ | _____ % | _____ % | _____ % | _____ % | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 8 | _____ | _____ % | _____ % | _____ % | _____ % | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.cnrac.fr/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 |
|------------------------|-----------------------------------------------------|---------------|
| _____ | _____ | _____ % |
| _____ | _____ | _____ % |
| _____ | _____ | _____ % |
| _____ | _____ | _____ % |
| _____ | _____ | _____ % |
| _____ | _____ | _____ % |

L

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'inaptitude 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 : _____ Date : _____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

MALADIE PROFESSIONNELLE

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

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

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

DATE ET SIGNATURE

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

Fait à : _____

Le : _____

Cachet et signature du médecin

RAPPEL :

Les zones sont à remplir par l'employeur,

Les zones sont à remplir par le médecin.



CNRACL
La retraite des fonctionnaires
territoriaux et hospitaliers
INVALIDITÉ

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 : _____

Employeur : _____

Numéro 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**) :

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

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

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 : _____

Certifié exact, le : _____

Cachet et signature de la collectivité

RAPPEL :

Les zones sont à remplir par l'employeur,

Les zones sont à remplir par le médecin.