

ETABLISSEMENT DE BORDEAUX  
SERVICE DES RISQUES PROFESSIONNELS

## ATTESTATION

Je soussigné (e) nom, prénom, -----  
Représentant légal de la collectivité ou de l'établissement public d'emploi-----  
en qualité de (fonction) -----  
Dûment habilité par délégation de ou du -----

Déclare que la collectivité ou l'établissement public d'emploi -----  
a étudié toutes les possibilités d'aménagement du poste de travail ou de reclassement pour  
raison de santé, telles qu'elles sont prévues par les articles 71 à 76 de la loi n°86-33 du 9  
janvier 1986 ou 81 à 86 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 (rayer la mention inutile) et les  
décrets pris pour leur application, préalablement à la demande de pension pour invalidité  
concernant Nom-----nom patronymique -----prénom-----,  
qualité-----, contrat CNRACL n°-----.

- Certifie qu'il n'a pas été possible de lui trouver un poste adapté ou un emploi de  
reclassement lui permettant de continuer son activité dans des conditions  
compatibles avec son état de santé.\*
- Certifie que l'agent a refusé de déposer une demande de reclassement \*
- Certifie que l'agent a refusé les propositions de reclassement qui lui ont été faites  
pour un motif non lié à son état de santé \*

Déclare le présent dossier de demande de pension pour invalidité complet.

Fait le ----- à -----

Signature et cachet de l'employeur

\* Cochez la case correspondante.

**Date de la séance de la Commission Départementale de Réforme ou Comité Médical :**

-----/-----/-----