

RAPPORT MÉDICAL (Modèle AF3)

Les lettres en marge renvoient aux consignes de la notice explicative sur le site :
www.cnrACL.fr > Employeur > Imprimés

Partie à remplir par l'employeur avant l'examen médical - Compléter également le cadre I - page 3

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

A

Employeur : _____
N° 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)

B

Date d'affiliation à la CNRACL : _____
Date du dernier jour valable pour la retraite : _____
Date de radiation des cadres : _____

C

Joindre le certificat d'aptitude physique à l'emploi établi lors de la titularisation, un état des congés longue maladie, longue durée et pour la maladie ordinaire, un état portant sur les deux dernières années.

- 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), le certificat de consolidation et l'avis du médecin de prévention.

- L'agent demande-t-il à bénéficier de la majoration de pension pour assistance d'une tierce personne ? ☐ Oui ☐ Non

Si "oui", joindre le questionnaire TP - www.cnrACL.fr

D

Renseignements médicaux

Infirmités déjà rémunérées
(joindre fiche descriptive des affections)

Régime

Taux

Date de constatation

Nom et adresse du médecin traitant : _____

E

Certifié exact, _____

La collectivité :
(cachet et signature)

F

Téléphone : _____

AF3-1401

AF3 - Partie à remplir par le médecin

Je soussigné, Docteur _____, praticien agréé ou expert,
certifie avoir examiné le | | | | |

☐ Madame ☐ Monsieur _____

N°	Libellés des infirmités présentées par l'agent dans leur ordre d'apparition (même si elles sont déjà rémunérées)	Date d'apparition	Infirmité imputable au service	Taux préexistant à l'affiliation*	Taux au dernier jour valable*	Taux à la radiation* des cadres (en cas d'imputabilité)
→			☐ Oui ☐ Non			
→			☐ Oui ☐ Non			
→			☐ Oui ☐ Non			
→			☐ Oui ☐ Non			
→			☐ Oui ☐ Non			
→			☐ Oui ☐ Non			
→			☐ Oui ☐ Non			
→			☐ Oui ☐ Non			

G

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

* Voir dates en page 1, cadre C

RAPPORT MEDICAL

Joindre obligatoirement un rapport médical, **de préférence 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)

CONCLUSIONS SUR L'INAPTITUDE

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

Si oui, 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

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

L'inaptitude du fonctionnaire est-elle définitive ? ☐ Oui ☐ Non

H

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.fr

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

Partie à remplir par l'employeur

ATIACL* - N° _____

[illegible]

* Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales

Partie à remplir par le médecin

Taux d'invalidité à la radiation des cadres

J

Partie à remplir par le médecin

S'il y a eu aggravation de l'une au moins des infirmités ci dessus, préciser :

- Si elle est due à un fait étranger à l'accident de service
ou à la maladie professionnelle : ☐ Oui ☐ Non
- Si elle entraîne l'incapacité absolue et définitive de continuer ses fonctions : ☐ Oui ☐ Non

VOTRE POSITION DEVRA ÊTRE ARGUMENTÉE DANS VOTRE RAPPORT MÉDICAL

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

Infirmités provoquées par l'accident de service (AS) ou la maladie professionnelle (MP)

N°	Libellés des infirmités	Taux à la radiation	
→	_____	_____	K
→	_____	_____	
→	_____	_____	

Infirmités préexistantes aggravées par l'accident de service (AS) ou la maladie professionnelle (MP)

N°	Libellés des infirmités	Taux à la veille de l'AS ou MP	Taux à la radiation	
→	_____	_____	_____	L
→	_____	_____	_____	
→	_____	_____	_____	

S'il existe un état antérieur à l'accident de service (AS) ou à la maladie professionnelle (MP) l'inaptitude résulte-t-elle :

- des séquelles de l'AS ou de la MP ? ☐ Oui ☐ Non
- de l'évolution de l'état antérieur ? ☐ Oui ☐ Non

M

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

☐ Oui ☐ Non

N

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

O

Votre position devra être argumentée dans votre rapport médical

Fait à _____ le

--	--	--	--	--	--

Cachet et signature du médecin :

Tout certificat ne comportant pas de cachet et de signature sera retourné

P