



CAISSE DES DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS

**CAISSE NATIONALE
DE RETRAITES DES AGENTS
DES COLLECTIVITÉS LOCALES**

DOMAINE PRÉVENTION - INDEMNISATION

DIRECTION DES RETRAITES - BORDEAUX

RAPPORT D'EXPERTISE MÉDICALE (Modèle AF3)

Les lettres en marge renvoient aux conseils pratiques :
« www.cdc.retraites.fr Rubriques : CNRACL - Invalidité CNRACL ».

PARTIE À REMPLIR PAR LA COLLECTIVITÉ - Compléter également le cadre P - Page 5

NOM PATRONYMIQUE ET
PRÉNOM DE L'AGENT :

NOM MARITAL :
Épouse
Veuve
Divorcée

DATE DE NAISSANCE :

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

NOM DE LA COLLECTIVITÉ :

N° SIRET :

N° D'AFFILIATION DE L'AGENT :

EMPLOI ACTUELLEMENT DÉTENU

NATURE EXACTE DES FONCTIONS EXERCÉES : (Description précise et détaillée des tâches effectuées par l'agent)

DATE DE NOMINATION EN QUALITÉ DE STAGIAIRE :

..... DE TITULAIRE :

DATE DU DERNIER JOUR VALABLE POUR LA RETRAITE :

DATE D'EFFET DE RADIATION :

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

L'AGENT A-T-IL ÉTÉ VICTIME D'UN ACCIDENT DE SERVICE ?

Oui
Non

▶ Joindre un rapport hiérarchique, le certificat médical initial (photocopie) et le certificat de consolidation.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Infirmités déjà rémunérées (▶ Joindre la fiche descriptive des affections)

Régime

Taux

Date de constatation

Infirmités déjà rémunérées (▶ Joindre la fiche descriptive des affections)	Régime	Taux	Date de constatation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN TRAITANT :

Tél.

L'AGENT A-T-IL FAIT UNE DEMANDE DE RECLASSEMENT ?

Oui
Non

CERTIFIÉ EXACT,
la collectivité :
(cachet et signature)

PARTIE À REMPLIR PAR L'AGENT

L'agent soussigné atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et sollicite la pension prévue à l'article 30 du décret 2003.1306 du 26 décembre 2003 assortie éventuellement d'une rente d'invalidité et/ou d'une majoration pour assistance d'une tierce personne.

À _____, le _____

Signature :

JE SOUSSIGNÉ, DOCTEUR _____, PRATICIEN AGRÉÉ OU EXPERT,
CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ, LE _____

MADAME • MADemoisELLE • MONSIEUR _____

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS DANS LEUR ORDRE D'APPARITION (Même si elles sont déjà rémunérées)

N°	DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	DATE D'APPARITION	TAUX PRÉEXISTANT Stagiaire ou titulaire*	TAUX AU DERNIER JOUR VALABLE*	INFIRMITÉ IMPUTABLE ?	
					OUI	NON
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_ _ _ _ _ _ _	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Voir dates en page 1 cadre C.

En cas d'existence d'infirmités non contractées ou non aggravées au cours de la carrière de l'agent ou d'infirmités déjà rémunérées, préciser dans votre rapport si l'une des infirmités apparues depuis la titularisation en constitue aggravation.

RAPPORT MÉDICAL

DISCUSSION

Établir le lien entre les infirmités énumérées et l'impossibilité, pour l'agent d'effectuer les tâches qui lui incombent décrites cadre B, page 1 (En cas de nécessité pour l'agent de l'assistance d'une tierce personne, se reporter également à la page 6).

RAPPORT MÉDICAL (Suite)

EN CONCLUSION DE VOTRE RAPPORT, VEUILLEZ RÉPONDRE AUX 2 QUESTIONS SUIVANTES :

- L'INCAPACITÉ DU FONCTIONNAIRE À CONTINUER SES FONCTIONS EST-ELLE *ABSOLUE* ?
- CETTE INCAPACITÉ EST-ELLE *DÉFINITIVE* ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite page 4

NE REMPLISSEZ CE CADRE QUE SI L'AGENT A EU
 « **UN ACCIDENT DE SERVICE** »
 SINON, REPORTEZ-VOUS AU CADRE S, PAGE 5.

SÉQUELLES NON RÉMUNÉRÉES PAR UNE ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ (Voir page 5)

INFIRMITÉS PROVOQUÉES PAR L'ACCIDENT

	DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	TAUX À LA RADIATION	
1	▶ _____	_____	_____
2	▶ _____	_____	_____
3	▶ _____	_____	_____
4	▶ _____	_____	_____

INFIRMITÉS PRÉEXISTANTES AGGRAVÉES PAR L'ACCIDENT

	DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	TAUX À LA VEILLE DE L'ACCIDENT	TAUX À LA RADIATION
1	▶ _____	_____	_____
2	▶ _____	_____	_____
3	▶ _____	_____	_____
4	▶ _____	_____	_____

Lorsqu'il existait un état antérieur à l'accident de service, préciser si l'inaptitude résulte des séquelles de l'accident ou de l'évolution de l'état antérieur :

COEXISTENCE D'INFIRMITÉS IMPUTABLES ET NON IMPUTABLES :

- LES INFIRMITÉS NON IMPUTABLES PLACENT-ELLES À ELLES SEULES, L'AGENT DANS L'INCAPACITÉ DÉFINITIVE D'EXERCER SES FONCTIONS ?

OUI NON

Suite page 5 ▶

EXISTE-T-IL DES SÉQUELLES DÉJÀ RÉMUNÉRÉES PAR
UNE ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ ?

OUI NON

ATI - N° _____

P

N°	DÉSIGNATION DE L'INFIRMITÉ	DATE DE L'ACCIDENT	TAUX RÉMUNÉRÉ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

TAUX À LA RADIATION
DES CADRES

Q

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 :
- SI ELLE ENTRAÎNE L'INCAPACITÉ PERMANENTE DE CONTINUER SES FONCTIONS :

OUI NON

OBSERVATIONS :

R

FAIT À _____ , LE _____

CACHET ET SIGNATURE DU MÉDECIN :

TOUT CERTIFICAT NE COMPORTANT PAS DE
CACHET ET SIGNATURE SERA RETOURNÉ.

S

EXAMEN DU DROIT À LA MAJORATION SPÉCIALE POUR ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE

En raison de son état de santé, M _____

	Peut	Ne peut pas		Peut	Ne peut pas		
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quitter son lit seul.	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se vêtir totalement.
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se coucher seul.	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se dévêtir seul : • totalement <input type="checkbox"/> • partiellement <input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se lever d'une chaise, s'asseoir sur une chaise.	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire sa toilette seul.
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcher seul, avec ou sans canne, béquille ou appui.	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manger et boire seul.
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aller à la selle ou uriner seul : • dans des W.C. ordinaires <input type="checkbox"/> • dans des W.C. équipés d'une installation <input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Couper son pain, ses aliments, se verser un liquide à boire.

S'IL S'AGIT D'UN HANDICAPÉ APPAREILLÉ

11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mettre en place seul son appareil. Préciser de quel appareil il s'agit : _____	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utiliser seul un moyen de locomotion : vélo, voiture, transport en commun
----	--------------------------	--------------------------	--	----	--------------------------	--------------------------	--

IMPORTANT

Il ne saurait être tenu compte des besoins d'une tierce personne pour la surveillance, le ravitaillement, la cuisine, les besoins du ménage du handicapé.

L'assistance d'une tierce personne est-elle nécessaire :

- de manière constante ?
- pour faire face à des complications passagères ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez préciser, ci-dessous, les raisons qui, à votre avis, motivent cette aide :

Cachet, date et signature :