

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)										
→		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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

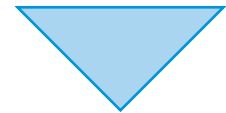
ATIACL* - N° _____

N°	Libellés des infirmités	Date de l'accident ou de la maladie professionnelle	Taux rémunéré													
▶	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														_____
▶	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														_____
▶	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														_____
▶	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														_____
▶	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														_____
▶	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														_____

* Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales

**Partie à remplir
par le médecin**

Taux d'invalidité
à la radiation
des cadres



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
→	_____	_____
→	_____	_____
→	_____	_____

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
→	_____	_____	_____
→	_____	_____	_____
→	_____	_____	_____

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

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

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