

# LA COMMISSION DE REFORME

## Demande de saisine de la Commission de Réforme

---

A remplir par l'employeur et à adresser à :

Commission de Réforme

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des Ardennes

1, boulevard Louis Aragon – 08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

### IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

**Collectivité :**

.....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Personne chargée du dossier : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Fax : .....

**Autre(s) employeur(s) :** (préciser le temps de travail  
Hebdomadaire et la nature des fonctions).

.....

.....

### IDENTIFICATION DE L'AGENT

Mme       Mr

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

Nom de Jeune Fille : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

**Nom du Médecin de Prévention :**

.....

**Nom du Médecin Généraliste :**

.....

---

### SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT

**Grade :** .....

**Catégorie :**  A     B     C

**Service :** .....

**Fonctions actuelles exercées par l'agent :** .....

**Date d'entrée dans la collectivité :** .....

---

### EXPERTISE

Expertise réalisée auprès de l'assureur de la collectivité

**Nom de l'assureur :** .....

Expertise réalisée auprès du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des Ardennes

## NATURE DE LA DEMANDE

**Accident**     **de service**     **de trajet** :

- Reconnaissance d'imputabilité
- Prise en charge des frais médicaux
- Reconnaissance d'imputabilité d'une rechute

**Maladie professionnelle** :

- Reconnaissance d'imputabilité
- Prise en charge des frais médicaux
- Reconnaissance d'imputabilité d'une rechute

**Temps partiel thérapeutique** après un congé pour accident de service ou maladie professionnelle (6 mois maximum renouvelable 1 fois)

**Reprise à temps plein**

**Reclassement** dans un autre emploi suite à un accident ou une maladie professionnelle

**Disponibilité d'office** (dernière période de renouvellement)

**Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI)** :

- Octroi
- Révision quinquennale
- Révision nouvel accident
- Révision sur demande de l'agent
- Révision à la radiation des cadres
- Allocation d'invalidité Temporaire (AIT)**

**Retraite pour Invalidité** pour les agents CNRACL à compter du .....

**Demande de cure thermale** suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle

**Licenciement d'un stagiaire pour inaptitude imputable au service**

**Questions précises sur lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Fait le :** .....

**A :** .....

**Signature de l'autorité territoriale  
et cachet de la collectivité**