

NOM et Prénom de l'agent :

LA RETRAITE POUR INVALIDITÉ

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Le formulaire de saisine de transmission des dossiers au Conseil Médical en formation plénière (téléchargeable sur le site Internet du CDG86),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> La demande de l'intéressé (sauf en cas d'une mise à la retraite d'office),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Le rapport médical (formulaire AF3 imprimable depuis le site Internet : www.cdc.retraites.fr) complété par le médecin agréé accompagné de toutes les pièces médicales (notamment les certificats médicaux, les précédents procès-verbaux des instances médicales, le rapport du médecin de médecine préventive et les pièces relatives à l'accident de service ou à la maladie professionnelle pour une retraite imputable au service),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Historique de la carrière de l'agent (préciser la durée de services),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si l'agent bénéficie d'une allocation temporaire d'invalidité, joindre la copie de la décision d'octroi,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Procès-Verbal du conseil médical en formation restreinte depuis l'origine de l'affection ayant conduit à l'inaptitude à toutes fonctions de l'agent (dans le cas où la pathologie initiale est un risque maladie/longue maladie ou longue durée)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OU En cas d'impossibilité de reclassement professionnel, joindre la copie du procès-verbal du conseil médical en formation restreinte ayant conduit à une inaptitude absolue et définitive aux fonctions de l'agent . <i>Dans ce cas, transmettre dument complétée :</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L'attestation employeur Caisse des Dépôts (imprimable depuis le site www.cdc.retraites.fr).

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

NOM et Prénom de l'agent :

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____