

NOM et Prénom de l'agent :

LE CONGÉ POUR INFIRMITÉS DE GUERRE

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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),

La demande du fonctionnaire,

Le certificat médical du médecin traitant,

Un dossier comportant tous les éléments permettant d'apprécier le lien de causalité entre l'affection motivant la demande et les infirmités ayant donné lieu à pension d'invalidité.

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 _____