

**Demande d'expertise faite par l'Administration Employeur pour toute déclaration d'accident de service ou de trajet, accompagnée du dossier complet de l'intéressé(e)**

*[Déclaration d'accident, certificats « initial, prolongation et final éventuel »]*

**Renseignements concernant le blessé (A remplir par l'Administration Employeur)**

Administration :

Nom et prénom du blessé (Nom de jeune fille suivi du nom d'épouse) :

Grade :

Date et lieu de Naissance :

Date de l'accident :

Circonstances précises de l'accident : **CF. déclaration administrative**

Trois éléments sont à prendre en compte pour caractériser l'accident de service ou de trajet :

- le lieu – l'heure de l'accident – l'activité exercée au moment de l'accident

**Les notions « d'action soudaine et violent d'une cause extérieure » ou de « fait traumatique » qui ne figurent dans aucune disposition réglementaire, ne peuvent donc être retenues dans les critères de reconnaissance de l'imputabilité au service d'un accident.**

**Partie à compléter par le Médecin agréé**

Je soussigné, M                      Le Docteur                      certifie avoir examiné l'intéressé(e) le

**Nature et siège des blessures :**

**pièces communiquées :**

**Sujet :**      gaucher                      droitier

**Avis médical sur la relation directe de cause à effet entre ces blessures et les fonctions exercées**

**En cas de rechute, l'état séquellaire s'est-il aggravé :**      OUI                      NON

.../...

**Examen clinique :**

**Nature et durée des soins**

**Arrêt de travail**

**Reprise et modalités :**

**\* occupations incompatibles avec l'état de santé de l'agent (dans l'affirmative, indiquer la durée)**

**\* possibilité d'octroi de travail à temps partiel thérapeutique, pour une période maximale de 6 mois renouvelable 1 fois, payée à plein traitement.**

**Reprise prévisible le :**

**Les séquelles que présente l'intéressé(e) :**

*sont la conséquence directe, unique et certaine de la maladie décrite ci-dessus*

*résultent d'un état pathologique préexistant*

**Date à laquelle vous souhaitez réexaminer l'intéressé(e) :****TABLEAU A COMPLETER**

Date des accidents ou maladies professionnelles	Nature de la blessure ou de l'affection	Date de guérison ou de consolidation	Taux d'IPP imputables au service	Nature de l'éventuel état pathologique préexistant	Taux d'IPP non-imputables au service

**Observations particulières :**

**Date de l'examen :**

**Cachet et signature du médecin :**