



DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE DU PAS DE CALAIS  
FICHE DE SAISINE de la COMMISSION DE REFORME

**ADMINISTRATION**

Administration :

Adresse postale de l'administration :

Affaire suivie par :

Téléphone :

E-mail :

**AGENT**

Nom / prénom de l'agent :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse postale de l'agent :

N° de Sécurité Sociale :

Organisme de retraite de l'agent :

Catégorie, Corps et Grade / Affectation / Service :

Date d'entrée dans l'administration :

Agent à temps complet :  Oui  Non

Situation de famille : célibataire - marié - veuf - séparé - divorcé

Références du Médecin traitant :

(Nom / Prénom / Adresse / téléphone)

Références du Médecin du travail ou de prévention :

(Nom / Prénom / Adresse / téléphone)

**MOTIFS DE SAISINE DE LA COMMISSION**

Veillez cocher la (les) case(s) correspondante(s) à votre demande

Imputabilité d'un accident de  service -  trajet

Imputabilité d'une maladie professionnelle

Imputabilité d'une rechute :

d'un accident de  service -  trajet

Imputabilité d'une rechute de maladie professionnelle

Demande de Temps partiel thérapeutique :

1<sup>ère</sup> demande -  renouvellement

Demande d'Allocation temporaire d'invalidité (ATI)

Prise en charge de Cure thermale

Mise à la retraite pour invalidité (cas d'une inaptitude définitive et absolue à ses fonctions ET à toutes fonctions)

Autres demandes : précisez :

**VISA DE L'ADMINISTRATION**

Date, Signature, Cachet