Plateforme des instances
Service : Commission de réforme
6 Rue de Flacé
71018 MACON CEDEX

FICHE DE SAISINE COMMISSION DE REFORME

A remplir par l'administration à chaque passage devant à la Commission de Réforme Territoriale et **Uniquement pour les agents affiliés CNRACL**

NOM d'usage et Prénom de l'agent:

NOM Patronymique:

Date de naissance:

N° de Sécurité Sociale:

Adresse de l'agent:

N° de téléphone de l'agent :

Grade: Catégorie (A - B - C) :

Métier(s) exercé(s):

Date de titularisation :

Date d'affiliation à la CNRACL:

Durée hebdomadaire:

ADMINISTRATION(S) DONT RELEVÉ L'AGENT (si plusieurs employeurs publics, merci de préciser l'ensemble des administrations employant l'agent):

OBJET DE LA DEMANDE: (imputabilité au service de l'accident du travail, prolongations des arrêts de travail, rechute, maladie professionnelle, ATI, retraite pour invalidité, tierce personne…)

Jour et heure de l'accident:

Lieu:

CIRCONSTANCES PRÉCISES ET DETAILLEES DE L'ACCIDENT:

NATURE ET SIÈGES DES LÉSIONS:

Nature :

Sièges :

ADHÉRENT AU SERVICE DE PRÉVENTION DU CDG: ☐ OUI ☐ NON

Si non, précisez nom et adresse du médecin de prévention concerné:

TÉMOINS (joindre les déclarations des témoins datées et signées)

☐ OUI ☐ NON

A :

Le :

Signature et cachet de l'établissement