CNRACL
CAISSE NATIONALE DE RETRAITES
DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES

ETABLISSEMENT DE BORDEAUX

RAPPORT MÉDICAL
(Modèle AF3)

Les lettres en marge renvoient aux consignes de la notice explicative sur le site : www.cnracl.fr > Employeur > Imprimés

Partie à remplir par l'employeur avant l'examen médical - Compléter également le cadre I - page 3

A

Nom patronymique et prénom de l'agent : _____

Nom d'usage *(épouse, divorcée, veuve)* : _____

Date de naissance : __ __ __ __ NIR : _____

B

Employeur : _____

N° affiliation de l'agent : _____ _____ _____ _____ _____

Emploi/grade actuellement détenu : _____

Nature exacte des dernières fonctions exercées : _____

(description précise et détaillée des tâches effectuées par l'agent ou joindre la fiche descriptive des fonctions)

_____

_____

C

Date d'affiliation à la CNRACL : __ __ __ __

Date du dernier jour valable pour la retraite : __ __ __ __

Date de radiation des cadres : __ __ __ __

D

Joindre le certificat d'aptitude physique à l'emploi établi lors de la titularisation, un état des congés longue maladie, longue durée et pour la maladie ordinaire, un état portant sur les deux dernières années.

- L'agent a-t-il été victime d'un accident de service ? ☐ Oui ☐ Non
- A-t-il été reconnu en maladie professionnelle ? ☐ Oui ☐ Non

*Si "**oui**", joindre un rapport hiérarchique, le certificat médical initial (photocopie), le certificat de consolidation et l'avis du médecin de prévention.*

- L'agent demande-t-il à bénéficier de la majoration de pension pour assistance d'une tierce personne ? ☐ Oui ☐ Non

*Si "**oui**", joindre le questionnaire TP - www.cnracl.fr*

Renseignements médicaux

Infirmités déjà rémunérées *(joindre fiche descriptive des affections)*	Régime	Taux	Date de constatation
			__ __ __ __

E

Nom et adresse du médecin traitant :

_____

_____

Téléphone : __ __ __ __ __

F

Certifié exact, __ __ __ __

La collectivité :
(cachet et signature)

AF3-1401

AF3 - Partie à remplir par le médecin

Je soussigné, Docteur _____ , praticien agréé ou expert,

certifie avoir examiné le |_|_|_|_|_|_|

☐ Madame ☐ Monsieur _____

N°	Libellés des infirmités présentées par l'agent dans leur ordre d'apparition (même si elles sont déjà rémunérées)	Date d'apparition	Infirmité imputable au service	Taux préexistant à l'affiliation*	Taux au dernier jour valable*	Taux à la radiation* des cadres (en cas d'imputabilité)	
			☐ Oui ☐ Non				G
			☐ Oui ☐ Non				
			☐ Oui ☐ Non				
			☐ Oui ☐ Non				
			☐ Oui ☐ Non				
			☐ Oui ☐ Non				
			☐ Oui ☐ Non				
			☐ Oui ☐ Non				

Les libellés et les taux doivent être déterminés conformément au barème annexé au code des pensions civiles et militaires de retraite

** Voir dates en page 1, cadre C*

RAPPORT MEDICAL

Joindre obligatoirement un rapport médical, **de préférence dactylographié**, établissant le lien entre les infirmités énumérées et l'impossibilité pour l'agent d'effectuer les tâches qui lui incombent (cf. cadre B, page 1)

CONCLUSIONS SUR L'INAPTITUDE

H

Le fonctionnaire est-il inapte à exercer ses fonctions ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, est-il apte à exercer des fonctions sous réserve :

- d'un aménagement de poste/fonctions ou de ses conditions de travail ? ☐ Oui ☐ Non
- d'une mesure de reclassement ? ☐ Oui ☐ Non

Le fonctionnaire est-il inapte à exercer toutes fonctions ? ☐ Oui ☐ Non

L'inaptitude du fonctionnaire est-elle définitive ? ☐ Oui ☐ Non

TIERCE PERSONNE

L'état de santé de l'agent nécessite-t-il l'assistance d'une tierce personne ? ☐ Oui ☐ Non

*Si "**oui**", joindre le questionnaire TP - www.cnracl.fr*

AF3 - Examen de : _____ Date |_|_|_|_|

(Nom et prénom du fonctionnaire)

Partie à remplir s'il existe des séquelles d'accident de service ou de maladie professionnelle rémunérées par une allocation temporaire d'invalidité.

Partie à remplir par l'employeur

ATIACL* - N° _____

N°	Libellés des infirmités	Date de l'accident ou de la maladie professionnelle	Taux rémunéré

I

** Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales*

Partie à remplir par le médecin

Taux d'invalidité à la radiation des cadres

J

Partie à remplir par le médecin

S'il y a eu aggravation de l'une au moins des infirmités ci dessus, préciser :

- Si elle est due à un fait étranger à l'accident de service ou à la maladie professionnelle : ☐ Oui ☐ Non

- Si elle entraîne l'incapacité absolue et définitive de continuer ses fonctions : ☐ Oui ☐ Non

VOTRE POSITION DEVRA ÊTRE ARGUMENTÉE DANS VOTRE RAPPORT MÉDICAL

AF3 - Examen de : _____ Date |_|_|_|_|_|_|

(Nom et prénom du fonctionnaire)

Partie à remplir par le médecin s'il existe des séquelles d'accident de service ou de maladie professionnelle non rémunérées par une allocation temporaire d'invalidité.

Infirmités provoquées par l'accident de service (AS) ou la maladie professionnelle (MP)

K

N°	Libellés des infirmités	Taux à la radiation

Infirmités préexistantes aggravées par l'accident de service (AS) ou la maladie professionnelle (MP)

L

N°	Libellés des infirmités	Taux à la veille de l'AS ou MP	Taux à la radiation

M

S'il existe un état antérieur à l'accident de service (AS) ou à la maladie professionnelle (MP) l'inaptitude résulte-t-elle :

- des séquelles de l'AS ou de la MP ? ☐ Oui ☐ Non
- de l'évolution de l'état antérieur ? ☐ Oui ☐ Non

N

En cas de maladie professionnelle, existe-t-il un lien direct et certain entre la maladie et les fonctions exercées ? ☐ Oui ☐ Non

O

Coexistence d'infirmités imputables et non imputables au service

Les blessures ou maladies contractées ou aggravées en service contribuent-elles à la mise à la retraite pour inaptitude du fonctionnaire ? ☐ Oui ☐ Non

Votre position devra être argumentée dans votre rapport médical

P

Fait à _____ le |_|_|_|_|_|_|

Cachet et signature du médecin :

Tout certificat ne comportant pas de cachet et de signature sera retourné