

AF3 - Examen de : _____
 (Nom et prénom du fonctionnaire)

Date : _____

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je soussigné, Docteur

 praticien ou expert, certifie avoir examiné le _____

Madame Monsieur

F

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

① Date d'affiliation à la CNRACL _____

② Date du dernier jour valable pour la retraite _____

③ Date de radiation des cadres _____

G

RAPPORT MÉDICAL

Joindre obligatoirement un rapport médical **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).

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

Libellé des infirmités présentées par l'agent dans leur ordre d'apparition (même si elles sont déjà rémunérées)	Date d'apparition	Non imputable au service		Imputable au service		Infirmité contractée ou aggravée en période valable
		Taux préexistant à l'affiliation	Taux au dernier jour valable	Taux à la veille accident ou MP	Taux à la radiation des cadres	
1	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

H

CONCLUSIONS MÉDICALES

Le fonctionnaire est-il **APTE** à exercer ses fonctions ? _____ Oui Non

Si **NON**, 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

L'inaptitude du fonctionnaire à ses fonctions est-elle définitive ? _____ Oui Non

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

I

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.retraites.fr/employeur/invalidite

J

AF3 - Examen de : _____
 (Nom et prénom du fonctionnaire)

Date : _____

ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ (ATI)

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

L'agent bénéficie-t-il d'une allocation temporaire d'invalidité rémunérée ? Oui Non

Si "oui", précisez le n° ATI : _____

K

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Libellé des infirmités	Date de l'accident ou de la maladie professionnelle	Taux rémunéré
	_____	____ %
	_____	____ %
	_____	____ %
	_____	____ %
	_____	____ %

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Taux d'invalidité à la radiation des cadres
____ %
____ %
____ %
____ %
____ %

L

M

À remplir uniquement si aggravation d'une ou plusieurs des infirmités ci-dessus :

Précisez si l'aggravation est due à un fait étranger à l'accident de service / maladie professionnelle Oui Non

Précisez si l'aggravation contribue à l'inaptitude Oui Non

VOTRE POSITION DEVRA ÊTRE ARGUMENTÉE DANS LE RAPPORT MÉDICAL

AUTRES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

D'autres infirmités sont-elles rémunérées par d'autres régimes de sécurité sociale ? Oui Non

Si oui :

Libellé des infirmités (joindre fiche descriptive des affections)	Régime	Taux	Date de constatation
1 _____	_____	____ %	_____
2 _____	_____	____ %	_____
3 _____	_____	____ %	_____
4 _____	_____	____ %	_____

N

RAPPEL :

Les zones sont à remplir par l'employeur,

Les zones sont à remplir par le médecin.

AF3 - Examen de : _____ Date : | | | | | | | | | |
(Nom et prénom du fonctionnaire)

MALADIE PROFESSIONNELLE

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

Q

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

P

ÉTAT ANTÉRIEUR

S'il existe un état antérieur à l'accident de service ou à la maladie professionnelle, la part imputable de la séquelle contribue-t-elle à l'aptitude de l'agent ? Oui Non

Q

DATE ET SIGNATURE

Tout formulaire ne comportant pas le cachet et la signature sera retourné

Fait à : _____

Le : | | | | | | | | | |

Cachet et signature du médecin

R

RAPPEL :

Les zones sont à remplir par l'employeur,

Les zones sont à remplir par le médecin.