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**