AF3 - Examen de : _____ Date : __/__/____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

MALADIE PROFESSIONNELLE — O

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

COEXISTENCE D'INFIRMITÉS IMPUTABLES ET NON IMPUTABLES AU SERVICE — P

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

ÉTAT ANTÉRIEUR — Q

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'naptitude de l'agent ? ☐ Oui ☐ Non

DATE ET SIGNATURE — R

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

Fait à : _____

Le : __/__/____

Cachet et signature du médecin

RAPPEL :

Les zones ☐ sont à remplir par l'employeur,

Les zones ☐ sont à remplir par le médecin.

CNRACL
La retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers
INVALIDITÉ

www.cnracl.retraites.fr

RAPPORT MÉDICAL (Modèle AF3)

Retrouvez sur le site www.cdc.retraites.fr/employeur/invalidite
toutes les informations et les ressources nécessaires à la bonne gestion de vos dossiers.

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR AVANT L'EXAMEN MÉDICAL

A

Nom patronymique et prénom de l'agent : _____

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

Date de naissance : __/__/____ NIR : _____

B

Employeur : _____

Numéro affiliation de l'agent : ___ ___ ___ ___ _____

Emploi / grade actuellement détenu : _____

Nature exacte des dernières fonctions exercées **(description précise et détaillée des taches effectuées par l'agent ou joindre la fiche descriptive des fonctions)** :

_____

C

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) et le certificat du médecin de prévention*

D

Nom et adresse du médecin traitant : _____

_____

Téléphone : _____

E

Certifié exact, le : __/__/____

Cachet et signature de la collectivité

RAPPEL :

Les zones ☐ sont à remplir par l'employeur,

Les zones ☐ sont à remplir par le médecin.

Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
6 place des Citernes - 33059 Bordeaux cedex - Tel : 09 70 80 93 29

Une gestion Caisse des Dépôts GROUPE

AF3 - Examen de : _____ Date : __/__/____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

F

Je soussigné, Docteur

_____

praticien ou expert, certifie avoir examiné le __/__/____

☐ Madame ☐ Monsieur

_____

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

G

1. Date d'affiliation à la CNRACL ..... __/__/____
2. Date du dernier jour valable pour la retraite ..... __/__/____
3. Date de radiation des cadres ..... __/__/____

RAPPORT MÉDICAL

H

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 ① __/__/____	Taux au dernier jour valable ② __/__/____	Taux à la veille accident ou MP	Taux à la radiation des cadres ③ __/__/____	
1		__/__/____	__ %	__ %	__ %	__ %	☐ Oui ☐ Non
2		__/__/____	__ %	__ %	__ %	__ %	☐ Oui ☐ Non
3		__/__/____	__ %	__ %	__ %	__ %	☐ Oui ☐ Non
4		__/__/____	__ %	__ %	__ %	__ %	☐ Oui ☐ Non
5		__/__/____	__ %	__ %	__ %	__ %	☐ Oui ☐ Non
6		__/__/____	__ %	__ %	__ %	__ %	☐ Oui ☐ Non
7		__/__/____	__ %	__ %	__ %	__ %	☐ Oui ☐ Non
8		__/__/____	__ %	__ %	__ %	__ %	☐ Oui ☐ Non

CONCLUSIONS MÉDICALES

I

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

TIERCE PERSONNE

J

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*

AF3 - Examen de : _____ Date : __/__/____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ (ATI)

K

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 bénéfie-t-il d'une allocation temporaire d'invalidité **rémunérée** ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Si "**oui**", précisez le n° ATI : _____

L

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

M

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

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

N

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			__ %	__/__/____

RAPPEL :

Les zones ☐ sont à remplir par l'employeur,

Les zones ☐ sont à remplir par le médecin.

CNRACL
La retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers
INVALIDITÉ

NOTICE EXPLICATIVE (Modèle AF3)

Remplissage rapport médical

Cet imprimé doit être rempli au moment de la constitution du dossier médical.
L'employeur complète la page 1 et le cadre L de la page 3.
Le médecin complète les pages 2, 3, 4 (sauf le cadre L de la page 3).
Chaque page comporte plusieurs cadres à remplir.

PAGE 1 - À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Compléter les éléments d'identification de l'agent	A
Employeur : indiquer la désignation de votre collectivité **N° affiliation de l'agent** : indiquer le numéro attribué à l'agent au moment de son affiliation à la CNRACL **Emploi/Grade actuellement détenu** : indiquer l'intitulé du poste occupé **Nature exacte des dernières fonctions exercées** : détailler la totalité des tâches effectuées par l'agent sans vous limiter à une dénomination standard (ex : ouvrier professionnel)	B
Accident de service ou maladie professionnelle : indiquer si l'agent a été victime d'un accident de service ou/et reconnu en maladie professionnelle.	C
Nom et adresse du médecin traitant : indiquer les coordonnées du médecin traitant de l'agent (généraliste ou spécialiste)	D
Dater, signer et apposer votre cachet	E

PAGE 2 - À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR (CADRE G) ET PAR LE MEDECIN (CADRES F, H, I, J)

Renseigner le haut de la page en identifiant l'agent examiné et en précisant la date de l'examen.

Renseigner la date de l'examen de l'agent	F
Date d'affiliation à la CNRACL : renseigner la date de début du versement des cotisations à la CNRACL en qualité de stagiaire ou de titulaire. **Date du dernier jour valable pour la retraite** : indiquer la date du dernier jour payé soumis à cotisations à la CNRACL en position statutaire de congés pour maladie. **Date de radiation des cadres** : indiquer la date à laquelle la radiation des cadres est envisagée	G
Votre position devra être argumentée dans un rapport médical, de préférence dactylographié, à joindre obligatoirement. *Les libellés et les taux d'invalidité indiqués doivent être conformes au barème annexé au code des pensions civiles et militaires de retraite (décret 2001-99 du 31 janvier 2001)* **Libellés des infirmités** : Indiquer les infirmités présentées par l'agent dans leur ordre d'apparition. **Date d'apparition** : Indiquer la date exacte des premières manifestations de l'infirmité. **Infirmité imputable au service** : Indiquer si l'infirmité a été reconnue imputable ou non imputable au service. **Taux préexistant à l'affiliation** : Indiquer le taux d'invalidité à retenir à la date d'affiliation à la CNRACL. **Taux au dernier jour valable** : Indiquer en cas d'infirmité non imputable, le taux d'invalidité à retenir à la date du dernier jour valable pour la retraite. **Taux à la radiation des cadres** : Indiquer en cas d'infirmité imputable au service, le taux d'invalidité à retenir à la date de radiation des cadres.	H
Conclusions médicales : Répondre obligatoirement à chacune des questions par OUI ou NON selon l'état de santé de l'agent le jour de l'examen.	I
Tierce personne : Si l'état de santé de l'agent nécessite l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante, le "questionnaire TP" doit être complété et joint au présent rapport	J

Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
6 place des Citernes - 33059 Bordeaux cedex - Tel : 09 70 80 93 29

PAGE 3 - À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR (CADRES K, L, N) ET PAR LE MEDECIN (CADRE M)

Ne renseigner cette page que si des séquelles d'accident de service ou de maladie professionnelle sont indemnisées par une allocation temporaire d'invalidité.

Haut de page à compléter par le médecin en identifiant l'agent examiné et en précisant la date de l'examen.

Indiquer si l'agent bénéficie d'une l'allocation temporaire d'invalidité rémunérée et le numéro ATI	K
Indiquer pour chaque séquelle indemnisée, le libellé, la date de l'accident ou de la maladie et le taux rémunéré.	L
Indiquer pour chaque infirmité rémunérée par l'ATIACL, le taux d'invalidité à retenir à la date de radiation des cadres et en cas d'aggravation, répondre obligatoirement aux deux questions.	M
Si d'autres infirmités sont rémunérées par d'autres régimes de sécurité sociale, indiquer le libellé des infirmités, le régime, le taux rémunéré et la date de l'accident ou de la maladie.	N

PAGE 4 - À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Ne renseigner cette page que si des séquelles d'accident de service ou de maladie professionnelle ne sont pas indemnisées par une allocation temporaire d'invalidité.

L'employeur doit vous avoir transmis les pièces relatives à l'accident de service ou la maladie professionnelle (rapport hiérarchique, certificat médical initial, certificat du médecin du travail…). Si vous n'en disposez pas, il faut exiger leur transmission.

Haut de page à compléter par le médecin en identifiant l'agent examiné et en précisant la date de l'examen.

En cas de maladie d'origine professionnelle, indiquer s'il existe un lien direct et certain entre la maladie et les fonctions qui ont été exercées par l'agent.	O
Si l'agent présente des infirmités imputables et non imputables au service, répondre obligatoirement à la question.	P
En cas d'infirmité préexistante, répondre obligatoirement à la question sur l'origine de l'inaptitude.	Q
Dater et signer le document et apposer votre cachet.	R