CNRACL
La retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers
INVALIDITÉ

PROCES-VERBAL DE SÉANCE DU CONSEIL MÉDICAL (Modèle AF4)

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

Département : _____ Séance du : __ __ ____

MEMBRES DU CONSEIL MÉDICAL PRÉSENTS :

Le Président : _____

Représentants de la collectivité employeur : _____

_____

Représentants du personnel appartenant à la même catégorie que l'agent : _____

_____

Médecins généralistes agréés

Docteur : _____

Docteur : _____

Médecin spécialiste agréé

Docteur : _____

RAPPORT MÉDICAL (AF3) SOUMIS À L'AVIS DU CONSEIL MÉDICAL

A

Établi le : __ __ ____ par le Docteur : _____

EN EXÉCUTION DE L'ARTICLE 31 DU DÉCRET N° 2003-1306 DU 26 DÉCEMBRE 2003, LE CONSEIL MÉDICAL A PROCÉDÉ À L'EXAMEN DE LA SITUATION DE :

B

Nom patronymique et prénom de l'agent : _____

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

NIR : _____ Emploi/Grade actuellement détenu : _____

Nature exacte des dernières fonctions exercées : _____

Collectivité employeur : _____

C

L'intéressé (ayant cause, représentant) a-t-il :

- été invité à prendre connaissance du dossier ? ☐ Oui ☐ Non
- comparu devant le conseil médical ? ☐ Oui ☐ Non

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

AF4 - Séance du : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Examen du dossier de : _____

Collectivité employeur : _____

D

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

E

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

Avez-vous pris connaissance de l'attestation de reclassement établie par l'employeur ? ..... ☐ Oui ☐ Non

F

1 • L'aggravation de l'une au moins des infirmités rémunérées par une ATIACL [1] :

- est-elle due à un fait étranger à l'accident de service ou la maladie professionnelle ? ..... ☐ Oui ☐ Non
- contribue-t-elle à l'incapacité permanente de continuer les fonctions ? ..... ☐ Oui ☐ Non

2 • En cas de coexistence d'infirmités imputables et non imputables au service :

- Les blessures ou maladies contractées ou aggravées en service contribuent-elles à l'inaptitude de l'agent ? ..... ☐ Oui ☐ Non

3 • S'il existait un état antérieur à l'accident de service ou à la maladie professionnelle, la part imputable de la séquelle contribue-t-elle à l'inaptitude de l'agent ? ..... ☐ Oui ☐ Non

4 • L'état du fonctionnaire nécessite-t-il une aide **constante** pour l'accomplissement d'actes nombreux de la vie courante se répartissant :

- tout au long de la journée ? ..... ☐ Oui ☐ Non
- ou une aide ponctuelle à certains moments de la journée est-elle suffisante ? ..... ☐ Oui ☐ Non

[1] *Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités*

AF4 - Séance du : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Examen du dossier de : _____

Collectivité employeur : _____

G

PENSION D'ORPHELIN INFIRME *(Art. 42 du décret 2003-1306 du 26 décembre 2003)*

Nom et prénom de l'orphelin : _____

Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ __ __

L'orphelin était-il atteint d'une infirmité permanente le mettant dans l'impossibilité de gagner sa vie :

- à la date du décès du parent ? ..... ☐ Oui ☐ Non
- ou à son 21ème anniversaire ? ..... ☐ Oui ☐ Non

H

OBSERVATIONS *(En cas de **divergence** avec les conclusions des rapports médicaux, votre avis doit être **obligatoirement** motivé)*

_____

I

Fait à : _____

Le : _____

Le président :	*Les représentants de la collectivité employeur :*

Les représentants du personnel :	*Les praticiens de médecine générale :*	*Le spécialiste :*

Seul un procès verbal conforme aux dispositions prévues par les décrets n°2022-350 et 2022-351.