FICHE DE SIGNALEMENT

*Signalement de la situation au CDG 84*Date de la demande :

Collectivité :

Effectif équivalent temps-plein rémunéré au 1er janvier de l’année en cours :

Correspondant à contacter pour le suivi de la demande :

Téléphone : Courriel :

*Informations concernant la situation de l’agent*

**Position statutaire actuelle** : En poste □ En arrêt maladie □ Maladie ordinaire (CMO) □ Grave maladie □ Longue maladie (CLM) □ Maladie Longue durée (CLD) □ Accident de service □ Maladie professionnelle □

**Date de début de l’arrêt** : **Reprise envisagée le**:

**Visite de reprise** : Oui □ Non □ **Si oui, date** :

**Nom et coordonnées du médecin de prévention** :

**Avis du médecin de prévention** : Inaptitude temporaire □ Inaptitude définitive □ Aptitude avec restriction(s) □ Avis simple □ Pas d’avis □

**Dossier ouvert auprès** : du FIPHFP □ de la MDPH □ du SAMETH □ du Comité Médical □ de la Commission de Réforme □

**Période de Préparation au Reclassement (PPR) envisagée :** Oui □ Non □

*Informations concernant l’agent*

**NOM / Prénom** :
**Date de naissance** :
**Service** : **Grade** :

**Nature du contrat** : Titulaire □ Stagiaire □ CDD □ CDI □

**Temps de travail** : Temps plein □ Temps partiel □ Temps partiel thérapeutique □

**L’agent dispose-t-il** :
- d’une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) :
 Oui □ Non □ En cours □
- d’une rente Accident du Travail avec Incapacité Partielle Permanente (IPP) < ou = à 10 %
 Oui □ Non □ En cours □
- d’une invalidité sécurité sociale
 Oui □ Non □ En cours □

*Informations concernant la demande*

**Problématique ou besoin collectivité** :

**Problématique ou besoin agent** :

 Fait à le

 Signature de l’autorité territoriale,

DOCUMENT D’AUTORISATION

à remplir par l’agent

L’article L. 1111-7 du code de la santé publique reconnaît un droit d’accès direct à l’agent à son dossier médical. Il peut en prendre connaissance soit directement, soit par l’intermédiaire d’un médecin.

Dans le cadre de la cellule Maintien dans l’emploi et Reclassement, il sera nécessaire que le médecin de prévention du CDG 84 ait accès au dossier médical de l’agent afin d’orienter les choix d’aménagements de poste ou de reclassement en fonction des restrictions d’aptitudes ou des inaptitudes qui y seront associées.

Par ce présent document, vous autorisez le Comité Médical du CDG 84 à transmettre une copie de votre dossier médical au Docteur Mouton Nathalie, médecin de prévention du CDG 84.

*Je soussigné(e) Mme / Mlle / M. …………………………………………………………………………………………………………*

*Né(e) le ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*Domicilié(e) à : …………………………………………………………………………………………………………………………………....*

*CP / Ville : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*autorise le Comité Médical/la Commission de Réforme du CDG 84 à transmettre une copie de mon dossier médical au Docteur Nathalie MOUTON, médecin de prévention du CDG 84.*

Fait à , le

Nom et Prénom :

 Signature de l’agent

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

(selon les cas)

Pour un traitement de la demande, les documents suivants doivent être joints :

* Statut agent : Contrat de travail, fiche de paie, dernier échelon, certifiant le rattachement à l'employeur
* Justificatif d'éligibilité (RQTH, certificat inaptitude ou aptitude, PV de reclassement, etc.)
* Prescription médicale détaillée (mentionnant l’aménagement de poste, les préconisations et les restrictions médicales) du médecin de prévention
* Relevé d'identité bancaire de l'employeur
* Etude ergonomique effectuée par un ergonome, un médecin professionnel pour les aménagements spécifiques datée et signée
* Devis/offre retenue, ou copie de la facture acquittée ou mandatée pour un aménagement de poste
* Dernier avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme