

**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

Nom patronymique et prénom de l'agent : LAUT Pascal
 Nom d'usage (épouse, divorcée, veuve) : _____
 Date de naissance : 11/10/1962 NIR : 1620916015050

A

Employeur : Commune d'Aussac-Vadalle
 N° affiliation de l'agent : 011610317321010004
 Emploi/grade actuellement détenu : Adjoint technique territorial principal
 Nature exacte des dernières fonctions exercées : entretien voirie et bâtiments
 (description précise et détaillée des tâches effectuées par l'agent ou joindre la fiche descriptive des fonctions)
voir fiche jointe

B

Date d'affiliation à la CNRACL : 01/10/2007
 Date du dernier jour valable pour la retraite : _____
 Date de radiation des cadres : _____

C

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

D

Nom et adresse du médecin traitant :

Dr MARTIN Jean-Bruno
4 rue du Dr André DEGORCE 16460 AUNAC
 Téléphone : 05145122124107

E

Certifié exact, 19/11/2011

La collectivité :
(cachet et signature)



F

AF3-1401

AF3 - Partie à remplir par le médecin

Je soussigné, Docteur TRUVE, praticien agréé ou expert,

certifie avoir examiné le 27.10.2012

☐ Madame ☒ Monsieur LAUT PASCAL

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)
→	Névrose à composante	03/11/2012	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	0%	20%	
→	depressive		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
→			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
→			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
→			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
→			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
→			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
→			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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

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.cnrac.fr

Partie à remplir par l'employeur

Partie à remplir
par le médecin

Taux d'invalidité à la radiation des cadres

* Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales

S'il y a eu aggravation de l'une au moins des infirmités ci dessus, préciser :

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

**VOTRE POSITION DEVRA ÊTRE ARGUMENTÉE
DANS VOTRE RAPPORT MÉDICAL**

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)

N°	Libellés des infirmités	Taux à la radiation	K
→			
→			
→			

Infirmités préexistantes aggravées par l'accident de service (AS) ou la maladie professionnelle (MP)

N°	Libellés des infirmités	Taux à la veille de l'AS ou MP	Taux à la radiation	L
→				
→				
→				

S'il existe un état antérieur à l'accident de service (AS) ou à la maladie professionnelle (MP) l'incapacité résulte-t-elle :

- des séquelles de l'AS ou de la MP ? ☐ Oui ☐ Non
- de l'évolution de l'état antérieur ? ☐ Oui ☐ Non

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

☐ Oui ☐ Non

Coexistence d'incapacités imputables et non imputables au service

Les blessures ou maladies contractées ou aggravées en service contribuent-elles à la mise à la retraite pour incapacité du fonctionnaire ?

☐ Oui ☐ Non

Votre position devra être argumentée dans votre rapport médical

Fait à VALE de BONNEVILLE

le 22/11/22

Cachet et signature du médecin :

Tout certificat ne comportant pas de cachet et de signature sera retourné

Docteur TROUVE Antoine
G1. Généraliste Conventionné
Saint Angeau - 16230 MANSLE
01 201 16.1.011 218