

**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.cnract.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 : LALUT Pascal

Nom d'usage (épouse, divorcée, veuve) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : 11/10/1962 NIR : 16209160150501

Employeur : Commune d'Aussac-Vadalle

N° affiliation de l'agent : 01161C317321010004

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

Date d'affiliation à la CNRACL : 10/10/2007

Date du dernier jour valable pour la retraite : \_\_\_\_\_

Date de radiation des cadres : \_\_\_\_\_

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.cnract.fr

## Renseignements médicaux

Infirmités déjà rémunérées Régime Taux Date de constatation  
(joindre fiche descriptive des affections)

\_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin traitant :

DR MARTIN Jean-Bruno  
4 rue du Dr André DEGORCE 16460 AUSSAC

Téléphone : 05 45 12 21 24 10 71

Certifié exact, 19/11/2011

La collectivité :  
(cachet et signature)



AF3-1401

AF3 - Partie à remplir par le médecin

Je soussigné, Docteur TRUVE, praticien agréé ou expert,

certifie avoir examiné le 12.10.2011

☐ 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	03/11/2011	<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.cnracl.fr](http://www.cnracl.fr)

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° 01 AJG 220

[illegible]

**\* Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales**

Partie à remplir  
par le médecin

### Taux d'invalidité à la radiation des cadres

---

---

---

---

---



### 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**

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'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 incapacité du fonctionnaire ?

☐ Oui ☐ Non

**Votre position devra être argumentée dans votre rapport médical**

Fait à VAR 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