

AF3 - Examen de :
(Nom et prénom du fonctionnaire)

Date :

MALADIE PROFESSIONNELLE

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

☐ Oui ☐ Non

O

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 inaptitude du fonctionnaire ?

☐ Oui ☐ Non

P

ÉTAT ANTÉRIEUR

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'aptitude de l'agent ?

☐ Oui ☐ Non

Q

DATE ET SIGNATURE

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

Fait à :

Le :

Cachet et signature du médecin

R

RAPPEL :
Les zones ☐ sont à remplir par l'employeur,
Les zones ☐ sont à remplir par le médecin.



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

Nom patronymique et prénom de l'agent :

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

Date de naissance :

NIR :

A

Employeur :

Numéro affiliation de l'agent :

Emploi / grade actuellement détenu :

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

B

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

C

Nom et adresse du médecin traitant :

Téléphone :

D

Certifié exact, le :

Cachet et signature de la collectivité

E

RAPPEL :
Les zones ☐ sont à remplir par l'employeur,
Les zones ☐ sont à remplir par le médecin.

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je soussigné, Docteur

praticien ou expert, certifie avoir examiné le

☐ Madame ☐ Monsieur

F

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

1 Date d'affiliation à la CNRACL

2 Date du dernier jour valable pour la retraite

3 Date de radiation des cadres

G

RAPPORT MÉDICAL

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	Taux au dernier jour valable	Taux à la veille accident ou MP	Taux à la radiation des cadres	
		1	2		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

I

CONCLUSIONS MÉDICALES

Le fonctionnaire est-il **APTE** à exercer ses fonctions ?

Si **NON**, est-il apte à exercer des fonctions sous réserve :

- d'un aménagement de poste / fonctions ou de ses conditions de travail ?
- d'une mesure de reclassement ?

L'inaptitude du fonctionnaire à ses fonctions est-elle définitive ?

Le fonctionnaire est-il inapte à exercer toutes fonctions ?

J

TIERCE PERSONNE

L'état de santé de l'agent nécessite-t-il l'assistance d'une tierce personne ?

Si **"OUI"**, joindre le questionnaire TP - www.cnracl.retraites.fr/employeur/invalidite

ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ (ATI)

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 bénéficie-t-il d'une allocation temporaire d'invalidité **rémunérée** ?

Si **"oui"**, précisez le n° ATI :

K

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

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

L

M

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

Précisez si l'aggravation contribue à l'inaptitude

VOTRE POSITION DEVRA ÊTRE ARGUMENTÉE DANS LE RAPPORT MÉDICAL

AUTRES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

D'autres infirmités sont-elles rémunérées par d'autres régimes de sécurité sociale ?

Si oui :

Libellé des infirmités (joindre fiche descriptive des affections)	Régime	Taux	Date de constatation
1		%	
2		%	
3		%	
4		%	

N

RAPPEL :
Les zones sont à remplir par l'employeur,
Les zones sont à remplir par le médecin.