

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

**MALADIE PROFESSIONNELLE**

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 inaptitude du fonctionnaire ?  Oui  Non

**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

**DATE ET SIGNATURE**

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

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin

**RAPPEL :**

Les zones  sont à remplir par l'employeur,

Les zones  sont à remplir par le médecin.



**CNRACL**  
 La retraite des fonctionnaires  
 territoriaux et hospitaliers  
**INVALIDITÉ**

**RAPPORT MÉDICAL (Modèle AF3)**

Retrouvez sur le site [www.cdc.retraites.fr/employeur/invalidite](http://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 : \_\_\_\_\_

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**) :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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*

Nom et adresse du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_

Certifié exact, le : \_\_\_\_\_  
 Cachet et signature de la collectivité

**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 1	Taux au dernier jour valable 2	Taux à la veille accident ou MP	Taux à la radiation des cadres 3	
1	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**H**

**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

**I**

**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.retraites.fr/employeur/invalidite](http://www.cnracl.retraites.fr/employeur/invalidite)

**J**

**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** ?  Oui  Non

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
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

**L**

**PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN**

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

**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  Oui  Non

Précisez si l'aggravation contribue à l'inaptitude  Oui  Non

**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 ?  Oui  Non

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.