|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CARRIERES** | | **FONCTIONS** | |
| **Nomination stagiaire le :** |  | **Service :** |  |
| **Titularisation le :** |  | **Fonctions détaillées :** |  |
| **Grade actuel :** | |
| **Latéralité dans annexe AT/MP :**  Droitier  Gaucher | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEMANDE D’AVIS SUR** | | | |
| **Accident de service** (existence d’une faute personnelle ou de circonstances particulières)  **Accident de trajet**  **Maladies professionnelles au tableau**  **Maladies professionnelles au tableau mais ne remplissant pas toutes les conditions** | | **Maladies professionnelles hors tableau**  **Autre :**  **> Fournir le rapport du médecin du travail pour maladies professionnelles** | |
| **Circonstances**  **de AT ou MP** |  | | |
| **Nature et siège**  **des lésions** |  | | |
| **Préalable**  **mis en place** | TPT du  au | | |
| Aménagement depuis le | | |
| **L’agent est en arrêt de travail** | du au **L’agent a repris le travail** depuis le | | |
| **L’agent a-t-il déjà obtenu un ou des taux d’IPP** | **Au cours de sa carrière :       %** | | **Pour AT ou la MP en cours       %** |
| **Observations** |  | | |

Formulaire à retourner au CDG **uniquement par courrier postal «** sous pli confidentiel »

et accompagné des **pièces nécessaires** à l’instruction de la demande

Fait à

Date

Cachet et signature de l’autorité territoriale