|  |  |
| --- | --- |
| **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