

Aptitude à la reprise des fonctions

N° du dossier	-----
Nom de naissance	-----
Nom d'usage	-----
Prénom	-----
Evénement	<input type="checkbox"/> Maladie professionnelle du __ / __ / ____ <input type="checkbox"/> Accident de service/trajet du __ / __ / ____

A compléter par le médecin

L'agent est-il apte à l'exercice de ses fonctions actuelles ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
☞ <i>Dans la négative, l'agent peut-il reprendre sur un poste aménagé ?</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
L'agent présente-t-il, à la date de consolidation du __ / __ / ____ , une pathologie indépendante des séquelles de l'accident ou de la maladie d'origine professionnelle ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
☞ <i>Dans l'affirmative, l'agent aurait-il pu reprendre l'exercice de ses fonctions habituelles s'il n'avait présenté que les seules séquelles de l'accident ou de la maladie d'origine professionnelle ?</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Si vous avez répondu par l'affirmative à la question ci-dessus merci de répondre à la question suivante :</i>	
La reprise doit-elle s'effectuer uniquement sur un poste adapté ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

A _____, le __ / __ / ____

(Signature et cachet du médecin obligatoires)

A compléter par la collectivité

Dans l'hypothèse de la possibilité d'une reprise uniquement sur un poste adapté, votre établissement était-il en capacité de proposer un tel poste à la date de consolidation ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---	---

A _____, le __ / __ / ____

(Signature et cachet de l'autorité hiérarchique)