

ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES

ATIACL
6, place des citernes –
33059 Bordeaux cedex
Tél. 05 56 11 41 23

CONSEIL MEDICAL D.....

Procès-verbal de la séance du 1^{er} passage 2^{ème} passage

(Conformément aux dispositions de l'ordonnance du 25 novembre 2020)

Nom et prénom	Signature	
M. le docteur	Président
M.	} Représentants de la collectivité ou de l'établissement public
M.	
M.	} Représentants du personnel
M.	
M. le docteur	Praticien agréé
M. le docteur	Praticien agréé
M. le docteur	Praticien agréé

* En cas d'absence du président titulaire, merci de préciser quel praticien agréé a été désigné en tant que président.
** Chaque membre du conseil médical peut donner pouvoir à un autre membre. Si tel est le cas, merci de le préciser.

- 1^{re} concession
- Révision nouvel évènement
- Révision quinquennale
- Révision sur demande
- Révision radiation des cadres

NIR de la Sécurité sociale	Clé

N° ATIACL

Nom et adresse de la collectivité employeur :	Nom de naissance de l'agent :
.....
.....	Nom d'usage :
.....
.....	Prénom :
.....

L'intéressé(e) ou son représentant :

- a été invité(e) à prendre connaissance de son dossier	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- a été convoqué	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- a assisté et a été entendu	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- a présenté des observations écrites et a fourni des certificats médicaux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Motivations de l'avis émis par les membres du conseil et observations

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'avis du conseil médical doit être motivé dans tous les cas, plus particulièrement en cas de divergences entre les avis médicaux et l'avis du conseil médical ou avec le barème indicatif annexé au Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite.

Accident						
Date	Imputabilité au service	Nature des séquelles libellées conformément au barème (1)	Date de consolidation	Lien (2) Oui/Non	Taux IPP imputable (1)	Taux pré-existant (3)

Maladie d'origine professionnelle (art. L461.2 du code de la sécurité sociale) ou reconnue d'origine professionnelle (art. L461.1 alinéa 3)									
Date de constatation	Numéro du tableau	Désignation de la maladie (4)	Conditions du tableau remplies Oui/Non (5)	Lien (6) avec travaux Oui/Non	Nature des séquelles libellées conformément au barème (1)	Date de consolidation	Lien (2) Oui/Non	Taux IPP imputable (1)	Taux pré-existant (3)

Maladie reconnue d'origine professionnelle (art. L461.1 alinéa 4 du code de la sécurité sociale)								
Date de constatation	Désignation de la maladie	Lien (7) avec travaux Oui/Non	Séquelles libellées conformément au barème (1)	Date de consolidation	Lien (2) Oui/Non	Taux IPP imputable (1)	Taux pré-existant (3)	

- (1) Se référer au barème indicatif d'invalidité par le décret n° 2001-99 du 31 janvier 2001 (*JO du 4 février 2001*), sous réserve de l'application de l'art. 1.
- (2) Lien médical direct et certain entre les séquelles et l'accident et/ou la maladie.
- (3) Il s'agit du taux relatif aux infirmités non imputables au service mais ayant un lien médical ou fonctionnel d'aggravation avec les séquelles du(des) accident(s) de service ou maladies d'origine professionnelle.
- (4) Le libellé de la maladie doit être conforme au tableau.
- (5) Préciser si les conditions administratives et médicales énumérées dans le tableau sont remplies. Sinon compléter la case sur le lien.
- (6) Si une au moins des conditions administratives et médicales ne sont pas remplies, la maladie doit être directement causée par le travail habituel de l'agent.
- (7) La maladie doit être essentiellement et directement causée par le travail habituel de l'agent.