

Pour tous les dossiers transmis à la commission de réforme,  
merci de nous retourner cette fiche dûment complétée à  
la COMMISSION DE REFORME par Fax au 04.76.33.20.27

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

M. Melle Mme :

Nom de Jeune fille ou :  
de divorcée :

Prénom :

N° Sécurité Sociale :

Date de naissance :

Affilié(e) à la C.N.R.A.C.L. OUI NON

L'agent totalise-t-il PLUS de 15 années de service à la CNRACL OUI NON

Adresse complète :

N° Téléphone (*obligatoire*) :

Grade précis :

Service/Affectation :

Quotité de travail :

CATEGORIE : A B C

Date de titularisation :

Nom et coordonnées de votre **médecin de prévention ou du travail** avec prénom,  
adresse, téléphone et fax ( à noter au verso), merci

## NATURE DE L'ENVOI

DATE DE L'ACCIDENT de SERVICE  ou de TRAJET

**Demande d' imputabilité au service**

**Demande de reconnaissance de maladie professionnelle**

**Demande de réintégration à TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE** avec fiche du médecin  
de prévention et  
détail des périodes déjà accordées :

**Demande de d'A.T.I.avec courrier de l'agent**

**Autres à préciser :**

**ADMINISTRATION PRESENTANT LA DEMANDE** (tampon  
avec adresse lisible )

Personne chargée du dossier :

Téléphone :

Fax :

Adresse électronique obligatoire