

AF3 - Examen de : _____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

!! Important !!
Indiquer la date précise d'affiliation à la CNRACL avant de transmettre l'AF3 au médecin agréé

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN
Je soussigné, Docteur _____
praticien ou expert, certifie avoir examiné le _____
 Madame Monsieur

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR
1 Date d'affiliation à la CNRACL Ex: 01/01/1995
2 Date du dernier jour valable pour la retraite _____
3 Date de radiation des cadres _____

RAPPORT MÉDICAL
Joindre obligatoirement un rapport médical **dactylographié**, et d'effectuer les tâches qui lui incombent (cf. cadre B, page 1).
Les libellés et les taux doivent être déterminés conformément

Si la date d'apparition est antérieure à la date d'affiliation à la CNRACL, le médecin doit obligatoirement indiquer un taux pré-existant supérieur à 0%

l'agent traite.

Libellé des infirmités présentées par l'agent dans leur ordre d'apparition (même si elles sont déjà rémunérées)	Date d'apparition	Non imputable au service		Imputable au service		Infirmiété contractée ou aggravée en période valable
		Taux préexistant à l'affiliation 1	Taux au dernier jour valable 2	Taux à la veille accident ou MP	Taux à la radiation des cadres 3	
Ex : Si apparition <u>avant</u> affiliation	01/01/1990	10%	20%	____%	____%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ex : Si apparition <u>après</u> affiliation	01/01/2001	0%	20%	____%	____%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	_____	____%	____%	____%	____%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	_____	____%	____%	____%	____%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	_____	____%	____%	____%	____%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	_____	____%	____%	____%	____%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	_____	____%	____%	____%	____%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	_____	____%	____%	____%	____%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Lister toutes les pathologies pouvant donner droit à un taux (et pas seulement celle qui a justifié le congé maladie)

« période valable » = période affiliation à la CNRACL !!! les périodes de disponibilité pour raison de santé ou à titre personnel ne sont pas des périodes CNRACL !!!

CONCLUSIONS MÉDICALES
Le fonctionnaire est-il **APTE** à exercer ses fonctions ? _____ Oui Non
Si **NON**, est-il apte à exercer des fonctions sous réserve :
- d'un aménagement de poste / fonctions ou de ses conditions de travail ? _____ Oui Non
- d'une mesure de reclassement ? _____ Oui Non
L'inaptitude du fonctionnaire à ses fonctions est-elle définitive ? _____ Oui Non
Le fonctionnaire est-il inapte à exercer toutes fonctions ? _____ Oui Non

Si la réponse est NON : fournir attestation de reclassement

TIERCE PERSONNE
L'état de santé de l'agent nécessite-t-il l'assistance d'une tierce personne ? _____ Oui Non
Si **OUI**, joindre le questionnaire TP - www.cnracle.retraites.fr/employeur/invalidite

AF3 - Examen de : _____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

Date : | | | | | |

ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ (ATI)

Partie à remplir s'il existe des séquelles d'accident de service ou de maladie professionnelle rémunérées par une allocation temporaire d'invalidité

L'agent bénéficie-t-il d'une allocation temporaire d'invalidité rémunérée ? Oui Non

Si "oui", précisez le n° ATI : _____

K

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Libellé des infirmités	Date de l'accident ou de la maladie professionnelle	Taux rémunéré
	_ _ _ _ _ _ _	_ %
	_ _ _ _ _ _ _	_ %
	_ _ _ _ _ _ _	_ %
	_ _ _ _ _ _ _	_ %
	_ _ _ _ _ _ _	_ %

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Taux d'invalidité à la radiation des cadres
_ %
_ %
_ %
_ %
_ %

L

M

À remplir uniquement si aggravation d'une ou plusieurs des infirmités ci-dessus :

Précisez si l'aggravation est due à un fait étranger à l'accident de service / maladie professionnelle Oui Non

Précisez si l'aggravation contribue à l'inaptitude Oui Non

VOTRE POSITION DEVRA ÊTRE ARGUMENTÉE DANS LE RAPPORT MÉDICAL

AUTRES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

D'autres infirmités sont-elles rémunérées par d'autres régimes de sécurité sociale ? Oui Non

Si oui :

	Libellé des infirmités (joindre fiche descriptive des affections)	Régime	Taux	Date de constatation
1			_ %	_ _ _ _ _
2			_ %	_ _ _ _ _
3			_ %	_ _ _ _ _
4			_ %	_ _ _ _ _

N

RAPPEL :

Les zones sont à remplir par l'employeur,

Les zones sont à remplir par le médecin.

AF3 - Examen de : _____ Date : | | | | | | | |
(Nom et prénom du fonctionnaire)

MALADIE PROFESSIONNELLE
En cas de maladie professionnelle, existe-t-il un lien direct et certain entre la maladie et les fonctions exercées ? _____ Oui Non **O**

COEXISTENCE D'INFIRMITÉS IMPUTABLES ET NON IMPUTABLES AU SERVICE
Les blessures ou maladies contractées ou aggravées en service contribuent-elles à la mise à la retraite pour inaptitude du fonctionnaire ? _____ Oui Non **P**

ÉTAT ANTÉRIEUR
S'il existe un état antérieur à l'accident de service ou à la maladie professionnelle, la part imputable de la séquelle contribue-t-elle à l'aptitude de l'agent ? _____ Oui Non **Q**

DATE ET SIGNATURE
Tout formulaire ne comportant pas le cachet et la signature sera retourné
Fait à : _____
Le : | | | | | | | |

Cachet et signature du médecin

R

RAPPEL :

Les zones sont à remplir par l'employeur,

Les zones sont à remplir par le médecin.