

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

Date :

MALADIE PROFESSIONNELLE

En cas de maladie professionnelle, existe-t-il un lien direct et certain entre la maladie et les fonctions exercées ?☐ Oui ☐ Non

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

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'naptitude de l'agent ?☐ Oui ☐ Non

DATE ET SIGNATURE

Tout formulaire ne comportant pas le cachet et la signature sera retourné

Fait à :  
Le :

Cachet et signature du médecin

**RAPPEL :**  
Les zones ☐ sont à remplir par l'employeur,  
Les zones ☐ sont à remplir par le médecin.



# RAPPORT MÉDICAL (Modèle AF3)

Retrouvez sur le site [www.cdc.retraites.fr/employeur/invalidite](http://www.cdc.retraites.fr/employeur/invalidite) toutes les informations et les ressources nécessaires à la bonne gestion de vos dossiers.

## PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR AVANT L'EXAMEN MÉDICAL

Nom patronymique et prénom de l'agent :  
Nom d'usage (épouse, divorcée, veuve) :  
Date de naissance :  
NIR :

Employeur :  
Numéro affiliation de l'agent :  
Emploi / grade actuellement détenu :  
Nature exacte des dernières fonctions exercées (description précise et détaillée des tâches effectuées par l'agent ou joindre la fiche descriptive des fonctions) :

L'agent a-t-il été victime d'un accident de service ?☐ Oui ☐ Non  
A-t-il été reconnu en maladie professionnelle ?☐ Oui ☐ Non  
Si "OUI", joindre un rapport hiérarchique, le certificat médical initial (photocopie) et le certificat du médecin de prévention

Nom et adresse du médecin traitant :  
  
  
  
  
Téléphone :

Certifié exact, le :  
Cachet et signature de la collectivité

**RAPPEL :**  
Les zones ☐ sont à remplir par l'employeur,  
Les zones ☐ sont à remplir par le médecin.

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je soussigné, Docteur

praticien ou expert, certifie avoir examiné le

☐ Madame ☐ Monsieur

F

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

1

Date d'affiliation à la CNRACL

2

Date du dernier jour valable pour la retraite

3

Date de radiation des cadres

G

RAPPORT MÉDICAL

Joindre obligatoirement un rapport médical **dactylographié**, établissant le lien entre les infirmités énumérées et l'impossibilité pour l'agent d'effectuer les tâches qui lui incombent (cf. cadre **B**, page 1).

Les libellés et les taux doivent être déterminés conformément au barème annexé au code des pensions civiles et militaires de retraite.

| 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            |                                | Infirmité contractée ou aggravée en période valable          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                 |                   | Taux préexistant à l'affiliation | Taux au dernier jour valable | Taux à la veille accident ou MP | Taux à la radiation des cadres |                                                              |
|                                                                                                                 |                   | 1                                | 2                            |                                 | 3                              |                                                              |
| 1                                                                                                               |                   | %                                | %                            | %                               | %                              | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| 2                                                                                                               |                   | %                                | %                            | %                               | %                              | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| 3                                                                                                               |                   | %                                | %                            | %                               | %                              | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| 4                                                                                                               |                   | %                                | %                            | %                               | %                              | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| 5                                                                                                               |                   | %                                | %                            | %                               | %                              | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| 6                                                                                                               |                   | %                                | %                            | %                               | %                              | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| 7                                                                                                               |                   | %                                | %                            | %                               | %                              | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| 8                                                                                                               |                   | %                                | %                            | %                               | %                              | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |

I

CONCLUSIONS MÉDICALES

Le fonctionnaire est-il **APTE** à exercer ses fonctions ?

Si **NON**, est-il apte à exercer des fonctions sous réserve :

- d'un aménagement de poste / fonctions ou de ses conditions de travail ?

- d'une mesure de reclassement ?

L'inaptitude du fonctionnaire à ses fonctions est-elle définitive ?

Le fonctionnaire est-il inapte à exercer toutes fonctions ?

I

TIERCE PERSONNE

L'état de santé de l'agent nécessite-t-il l'assistance d'une tierce personne ?

Si **"OUI"**, joindre le questionnaire TP - [www.cnracl.retraites.fr/employeur/invalidite](http://www.cnracl.retraites.fr/employeur/invalidite)

J

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** ?

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

Précisez si l'aggravation contribue à l'inaptitude

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 ?

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.