



## AF3 - Partie à remplir par le médecin

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_, praticien agréé ou expert, certifie avoir examiné le 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Madame     Monsieur \_\_\_\_\_

N°	Libellés des infirmités présentées par l'agent dans leur ordre d'apparition (même si elles sont déjà rémunérées)	Date d'apparition	Infirmité imputable au service	Taux préexistant à l'affiliation*	Taux au dernier jour valable*	Taux à la radiation* des cadres (en cas d'imputabilité)											
→		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____
→		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____

G

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

\* Voir dates en page 1, cadre C

### RAPPORT MEDICAL

Joindre obligatoirement un rapport médical, **de préférence 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)

### CONCLUSIONS SUR L'INAPTITUDE

- Le fonctionnaire est-il inapte à exercer ses fonctions ?  Oui  Non
- Si oui, 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
- Le fonctionnaire est-il inapte à exercer toutes fonctions ?  Oui  Non
- L'inaptitude du fonctionnaire est-elle définitive ?  Oui  Non

H

### 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.cnracl.fr](http://www.cnracl.fr)

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

**Partie à remplir par l'employeur**

ATIACL\* - N° \_\_\_\_\_

N°	Libellés des infirmités	Date de l'accident ou de la maladie professionnelle	Taux rémunéré																					
→	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						_____
→	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						_____
→	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						_____
→	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						_____
→	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						_____
→	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						_____

**Partie à remplir  
par le médecin**

Taux d'invalidité  
à la radiation  
des cadres

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J

▼

\* Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales

**Partie à remplir par le médecin**

**S'il y a eu aggravation de l'une au moins des infirmités ci dessus, préciser :**

- Si elle est due à un fait étranger à l'accident de service  
ou à la maladie professionnelle :  Oui  Non

- Si elle entraîne l'incapacité absolue et définitive de continuer ses fonctions :  Oui  Non

**VOTRE POSITION DEVRA ÊTRE ARGUMENTÉE  
DANS VOTRE RAPPORT MÉDICAL**

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

<b>Infirmités provoquées par l'accident de service (AS) ou la maladie professionnelle (MP)</b>		
N°	Libellés des infirmités	Taux à la radiation
▶		
▶		
▶		

K

<b>Infirmités préexistantes aggravées par l'accident de service (AS) ou la maladie professionnelle (MP)</b>			
N°	Libellés des infirmités	Taux à la veille de l'AS ou MP	Taux à la radiation
▶			
▶			
▶			

L

S'il existe un état antérieur à l'accident de service (AS) ou à la maladie professionnelle (MP) l'inaptitude résulte-t-elle :

- des séquelles de l'AS ou de la MP ?  Oui  Non

- de l'évolution de l'état antérieur ?  Oui  Non

M

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

N

**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

O

Votre position devra être argumentée dans votre rapport médical

Fait à \_\_\_\_\_ le | | | | | |

**Cachet et signature du médecin :**  
 Tout certificat ne comportant pas de cachet et de signature sera retourné

P