

DIRECTION DE L'EMPLOI, DE L'ÉCONOMIE, DU TRAVAIL ET DES SOLIDARITÉS DE MAYOTTE
SAISINE DE LA COMMISSION DE RÉFORME

Cadre à remplir par l'administration	
Administration : Adresse postale de l'administration :	
Affaire suivie par : Téléphone : _____ E-mail : _____	
Nom et prénom de l'agent : _____ Date de naissance : __/__/____ Adresse postale actuel de l'agent :	
Téléphone : _____ E-mail : _____ Service de l'agent : _____ Lieu ou établissement d'affectation : _____ Fonction : _____	
Catégorie, corps et grade : _____ Date de titularisation : __/__/____	
<i>Si maladie ou accident déjà reconnu</i>	
<input type="checkbox"/> Maladie professionnelle n° _____ du __/__/____	Date de reconnaissance : __/__/____
<input type="checkbox"/> Maladie contractée en service du __/__/____	Date de consolidation : __/__/____
<input type="checkbox"/> Accident de _____ du __/__/____	

Objet précis de la demande (cochez la ou les case(s) correspondant à la demande <i>Article 13 du décret 86-842 du 14 mars 1986</i>)		Fiche	Page
<input type="checkbox"/>	Accident de service et/ou de trajet (ou rechute)	A	8/9
<input type="checkbox"/>	Reconnaissance d'une maladie professionnelle ou d'une maladie contractée en service (ou rechute)	B	10/11
<input type="checkbox"/>	Prise en charge ou prolongation des arrêts et des soins	C	12
<input type="checkbox"/>	Temps Partiel Thérapeutique (TPT)	D	13
<input type="checkbox"/>	Constatation de la date de guérison ou de consolidation	E	14
<input type="checkbox"/>	Octroi ou révision d'une Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI)	F	15/16
<input type="checkbox"/>	Reclassement professionnel (en cas d'une inaptitude définitive et absolue à ses fonctions MAIS PAS à toutes fonctions)	G	17
<input type="checkbox"/>	Cure thermale	H	18
<input type="checkbox"/>	Allocation d'Invalidité Temporaire (AIT)	I	19
<input type="checkbox"/>	Octroi d'une 4 ^{ème} période de mise en disponibilité d'office	J	20
<input type="checkbox"/>	Admission à la retraite pour invalidité (cas d'une inaptitude définitive et absolue à ses fonctions ET à toutes fonctions)	K	21/22
<input type="checkbox"/>	Majoration pour assistance d'une tierce personne	L	23
<input type="checkbox"/>	Pension pour orphelin majeur infirme ou pension pour veuve/veuf invalide	M	24
<input type="checkbox"/>	Mise à la retraite pour invalidité du conjoint ou d'un enfant	N	25

Si votre demande n'est pas référencée ci-dessus, merci de contacter le secrétariat de la commission de réforme : deets-976.cmcr@deets.gouv.fr

Médecin agréé ayant effectué l'expertise : _____ Date de l'expertise : __/__/____

Médecin agréé ayant effectué une éventuelle contre-expertise : _____

Date de l'expertise : __/__/____

En date du __/__/____

Visa de l'administration :