1 - Définition

La commission d’aptitude est une instance consultative chargée de donner des avis sur les questions médicales concernant **les fonctionnaires de la Nouvelle-Calédonie ou des communes** en activité ou en détachement.

2 - Motifs de saisine (à remplir par l’employeur)

|  |  |
| --- | --- |
|  | A- Aptitude à servir\* |
|  | B- Aptitude à exercer les fonctions |
|  | C- Imputabilité de l’accident ou de la maladie au service |
|  | D- Octroi, renouvellement ou cessation d’un mi-temps thérapeutique |
|  | E- Octroi ou révision d’un taux d’invalidité |
|  | F- Réalité des infirmités résultant d’un accident de service, de trajet ou d’une maladie professionnelle |

3 - Informations relatives à l’agent (à remplir par l’employeur)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom - Prénom : |  | | | |  |
| Date de naissance : |  | | | |  |
| Adresse physique et postale : |  | | | |  |
| Contacts téléphoniques et mail : |  | | | |  |
| Titulaire dans la fonction publique : |  | de la Nouvelle-Calédonie |  | autre (à préciser) |  |
| Corps/Cadre d’appartenance : |  | | | |  |
| Poste occupé : |  | | | |  |
| Service / Direction : |  | | | |  |
| Employeur d’affectation ou de détachement: |  | | | |  |

Pièces à fournir par l’employeur

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Courrier détaillé de saisine de la commission d’aptitude (expliquant les motifs de la saisine)** |
|  | Déclaration d’accident de travail ou de maladie professionnelle remplie par l’agent |
|  | Rapport(s) hiérarchique(s) |
|  | Fiche de poste actuelle de l’agent (et l’ancienne si l’agent a changé de poste dans l’attente de l’avis de la commission) |
|  | Certificats médicaux : initial, prolongation, rechute, reprise des fonctions |
|  | Rapports médicaux |
|  | Décision de reconnaissance d’imputabilité au service de l’accident en cas de reconnaissance directe par l’employeur |

\*/!\ **CLM / CLD** : L’appréciation de l’aptitude à servir d’un agent en CLM ou CLD ne peut être effectuée par la commission d’aptitude qu’à l’**échéance des droits**.

NB : Le dossier de saisine doit être complet afin de permettre aux membres de la commission d’aptitude d’émettre un avis objectif.

4 - Date de réception à la DRHFPNC

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date de réception à la DRHFPNC : |  |  |

Références statutaires : articles 1er et suivants de la délibération n° 309 du 27 août 2002 *relative au fonctionnement et à la composition de la commission d’aptitude*.