



# PENSION INVALIDITE : ATTESTATION DE RECLASSEMENT

La liquidation de la pension d'invalidité n'intervient que si le fonctionnaire n'a pas pu être reclassé dans un emploi compatible avec son état de santé.

Préalablement à la mise en œuvre de la procédure de radiation des cadres pour invalidité, les employeurs doivent rechercher une solution de nature à maintenir l'agent en activité notamment dans le cadre des dispositions légales et réglementaires relatives au reclassement pour raisons de santé.

Les possibilités d'aménagement du poste de travail ou son affectation dans un autre emploi de son grade dans lequel les conditions de service lui permettent d'assurer les fonctions correspondantes doivent être étudiées. A défaut de pouvoir appliquer les solutions précédentes, l'employeur est tenu d'inviter le fonctionnaire à présenter une demande de reclassement.

Fin 2007, vous avez été informé de la mise en place d'une nouvelle procédure en matière de reclassement des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers avant attribution d'une pension d'invalidité. En effet, désormais, une attestation de reclassement établie par l'employeur devra être transmise au Comité Médical ou à la Commission départementale de Réforme.

A compter du **1<sup>er</sup> avril 2008**, les services de la CNRACL ne traiteront que les dossiers de demande de pension d'invalidité présentant cette attestation visée par le Comité Médical ou la Commission départementale de Réforme.

L'obligation de présentation de ce document ne s'applique pas aux agents reconnus dans l'incapacité définitive et absolue à l'exercice de toute fonction.

Vous trouverez, ci-joint, un modèle d'attestation de reclassement. Cet imprimé est également téléchargeable sur le site Internet du Centre de Gestion.

Mlle Christel TEYTAUD, Responsable du service CNRACL du Centre de Gestion, se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire au 05 55 30 08 42.

ETABLISSEMENT DE BORDEAUX  
SERVICE DES RISQUES PROFESSIONNELS

## ATTESTATION

Je soussigné (e) nom, prénom, -----  
Représentant légal de la collectivité ou de l'établissement public d'emploi-----  
en qualité de (fonction) -----  
Dûment habilité par délégation de ou du -----

Déclare que la collectivité ou l'établissement public d'emploi -----  
a étudié toutes les possibilités d'aménagement du poste de travail ou de reclassement pour  
raison de santé, telles qu'elles sont prévues par les articles 71 à 76 de la loi n° 86-33 du 9  
janvier 1986 ou 81 à 86 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 (rayer la mention inutile) et les  
décrets pris pour leur application, préalablement à la demande de pension pour invalidité  
concernant Nom-----nom patronymique -----prénom-----,  
qualité-----, contrat CNRACL n° -----.

- Certifie qu'il n'a pas été possible de lui trouver un poste adapté ou un emploi de reclassement lui permettant de continuer son activité dans des conditions compatibles avec son état de santé. \*
- Certifie que l'agent a refusé de déposer une demande de reclassement \*
- Certifie que l'agent a refusé les propositions de reclassement qui lui ont été faites pour un motif non lié à son état de santé \*

Déclare le présent dossier de demande de pension pour invalidité complet.

Fait le ----- à -----

Signature et cachet de l'employeur

\* Cochez la case correspondante.