

Direction des Ressources Humaines
Sous-Direction de la Qualité de Vie au Travail
Pôle Aptitudes Maladies Accidents

DEMANDE D'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE
Original à retourner à l'adresse ci-dessous :

Section ATI/CDR
Bureau des accidents maladies professionnelles
Pôle aptitudes maladies accidents
7 rue Watt - 75013 PARIS

NOM Prénom :

Matricule : Grade :

Adresse :

J'ai l'honneur de demander l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité à laquelle je pourrais prétendre du fait de :

- l'accident de service dont j'ai été victime le/...../.....
- la maladie imputable au service constatée le/...../.....

Fait à le/...../.....

Signature

✕

Partie à qui vous sera adressée par le PAMA (merci de compléter votre adresse) :

RECEPISSE DE LA DEMANDE

TAMPON DU SERVICE

M.....

Adresse.....

.....

.....

Le Pôle aptitudes maladies accidents certifie avoir reçu le/...../.....
votre demande d'allocation temporaire d'invalidité.

Info Paris

3975* ou paris.fr

* Prix d'un appel local à partir d'un poste fixe