|  |  |
| --- | --- |
|  |  |



# ANNEXE 5

**CONFIDENTIEL**

RAPPORT DE CONTRÔLE MÉDICAL

organisé conformément à l'article 59, du paragraphe 1, alinéas 3, 4, 5, 6 et 7 du   
Statut et aux articles 16, 59 et 91 du R.A.A.

(à renvoyer au plus tard dans les deux jours ouvrables suivant la date du contrôle médical à la Cour par courrier à l’adresse : Cour des comptes européenne, à l’att. du Médecin Conseil, 12 rue Alcide De Gasperi, L-1615 LUXEMBOURG

ou par fax 00352 4398- 48392)

|  |  |
| --- | --- |
| **A remplir par le médecin contrôleur** | |
| **NOM DU FONCTIONNAIRE/DE L’AGENT CONTRÔLÉ:** |  |
| **NOM DU MÉDECIN CHARGÉ DU CONTRÔLE:** |  |
| **DATE ET HEURE DU CONTRÔLE:** |  |
| **LIEU DU CONTRÔLE:** | DOMICILE DU FONCTIONNAIRE/DE L’AGENT OU AUTRE ADRESSE DE RÉSIDENCE INDIQUÉE PAR LA COUR |
| LE CABINET DU MÉDECIN |
| À LA COUR DES COMPTES |
| **IL RÉSULTE DE L’EXAMEN MEDICAL DE CONTRÔLE**  que l’arrêt actuel de travail est médicalement justifié.  que l’agent ou le fonctionnaire est en mesure d'exercer ses fonctions. | |
| **LE CONTRÔLE N’A PAS PU ÊTRE ÉFFECTUÉ PAR LE MEDECIN à la date et heure prévue parce que le fonctionnaire ou l’agent :** | a refusé le contrôle |
| n’était pas présent au lieu de contrôle alors qu’il avait été prévenu de la survenance du contrôle  n’était pas présent au lieu de contrôle. Il n’avait pas été prévenu de la survenance du contrôle. |

|  |
| --- |
| **A remplir par le fonctionnaire/agent**  J’ai été informé(e) des résultats du contrôle  Pour les conséquences liées au rapport de contrôle, voir article 59, paragraphe 1er du Statut des fonctionnaires.  Je m’oppose à ce qu’un rapport médical circonstancié soit transféré sous pli confidentiel au médecin conseil de la Cour des comptes. |

Fonctionnaire/agent *(Nom)* Dr (Nom )

*(Signature)*  (Signature)

Date Date