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



# 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