



Pôle Chimie  
Jorf Lasfar

Jorf Lasfar, le 15 OCT. 2010

NOTE INTERNE

**IDJ/HG-TS - 16**

## **NOTE AU PERSONNEL**

**Objet :** Commission Médicale – Enfants handicapés.

**Réf. :** - Note de Service n° 655 du 7 décembre 2001  
- CI-I - 52 du 10 mars 2010.

Il est porté à la connaissance du personnel que la commission médicale chargée d'examiner les enfants handicapés se réunira au courant de la quatrième semaine du mois de novembre 2010.

A cet effet, les agents concernés sont invités à faire parvenir à IDJ/HG, avant le **22 octobre 2010**, les pièces suivantes :

### ➤ **Enfants nouvellement présentés :**

- ✓ une déclaration sur l'honneur, selon le modèle ci-joint, portant la signature légalisée du tuteur de l'enfant ;
- ✓ une fiche de renseignements (1), selon le modèle ci-joint, avec une photo d'identité récente de l'enfant ;
- ✓ un extrait d'acte de naissance de l'enfant ;
- ✓ un certificat de prise en charge de l'enfant délivré par les autorités compétentes ;
- ✓ un certificat de non profession de l'enfant délivré par les autorités compétentes ;
- ✓ un certificat médical de date récente concernant l'enfant, délivré par le médecin traitant ;
- ✓ un livret médical de l'enfant ;
- ✓ les bilans et prescriptions de soins concernant l'enfant.

### ➤ **Enfants déjà présentés :**

- ✓ une déclaration sur l'honneur, selon le modèle ci-joint, portant la signature légalisée du tuteur de l'enfant ;
- ✓ une fiche de renseignements (2), selon le modèle ci-joint, avec une photo d'identité récente de l'enfant ;
- ✓ un certificat de vie de l'enfant ;
- ✓ une copie du dernier certificat médical de l'handicap, délivré à l'enfant par la commission médicale du Groupe OCP.

**LE RESPONSABLE GESTION  
ADMINISTRATIVE ET SIRH,**

عائشة ميمسوك  
A. MEMSOUK

## **DECLARATION SUR L'HONNEUR**

*Je soussigné(e), M. (Mme) (1) : .....*

*Matricule : ..... Code de service : .....*

*C I N n° : ..... Délivrée à .....*

*Déclare sur l'honneur que mon fils/ma fille(1) .....*

*Né(e)le ...../...../..... à .....*

*Est atteint(e) de .....*

*.....*

*.....*

*Depuis l'âge de .....*

*Je déclare également sur l'honneur que mon enfant .....*

*Exerce un travail rémunéré (1)*

*N'exerce aucune activité lucrative du fait de sa maladie ci-dessus mentionnée (1)*

*Par ailleurs, je m'engage à déclarer, sans délais, à mon site tout changement dans l'état de santé ainsi que dans la situation familiale ou administrative de mon enfant .....*

*A ce titre, et compte tenu de ce qui précède, je sollicite la possibilité de le (la) faire bénéficier des allocations familiales dans le cas où son état de santé lui ouvre droit à cet avantage, eu égard aux dispositions réglementaires en vigueur en la matière.*

*Fait à .....le ...../...../.....*

*(Signature légalisée)*

*(1) rayer la mention inutile.*

## **FICHE DE RENSEIGNEMENTS(1)**

PHOTO

### **Identification du tuteur.**

Nom et Prénom : .....  
Matricule : .....  
Géré par : .....

### **Identification de l'enfant pouvant être concerné par la note de service 655 du 7 décembre 2001.**

Nom et prénom : .....  
N° de la CIN : .....

### **Constitution du dossier**

Les pièces fournies par le requérant sont marquées d'une croix dans le tableau ci-dessous

Déclaration sur l'honneur	
Certificat médical	
Dossier médical	
Certificat de non profession	
Certificat de prise en charge	
Carte d'Identité Nationale, récépissé CIN	
Acte de naissance	

Le Chef du Service  
de Gestion du Personnel

### **Réunion de la Commission Médicale**

Lieu : .....

Après son identification, l'enfant concerné(e) a été examiné(e) par la Commission Médicale

ce jour, le ...../...../.....

Les conclusions dudit examen sont portées sur l'attestation médicale signée par le Médecin Chef de Zone, à la lumière du procès verbal de la réunion en objet.

Le Président de  
la Commission Médicale

## **FICHE DE RENSEIGNEMENTS(2)**

PHOTO

### **Identification du tuteur.**

Nom et Prénom : .....  
Matricule : .....  
Géré par : .....

### **Identification de l'enfant pouvant être concerné par la note de service 655 du 7 décembre 2001.**

Nom et prénom : .....  
N° de la CIN : .....

### **Constitution du dossier**

Les pièces fournies sont par le requérant sont marquées d'une croix dans le tableau ci-dessous

Déclaration sur l'honneur	
Copie du dernier certificat médical d'handicap "OCP"	
Certificat de vie	

Le Chef du Service  
de Gestion du Personnel

---

### **Réunion de la Commission Médicale**

Lieu : .....

Après son identification, l'enfant concerné(e) a été examiné(e) par la commission médicale

ce jour, le ...../...../.....

Les conclusions dudit examen sont portées sur l'attestation médicale signée par le Médecin Chef de Zone, à la lumière du procès verbal de la réunion en objet.

Le Président de  
la Commission Médicale