

ANNEXE I.

MODÈLE DE DEMANDE D'HOMOLOGATION DE BLESSURE DE GUERRE.

Partie à remplir par le militaire (ou ancien militaire) demandeur

DATE DE LA DEMANDE :

Nom d'usage (et nom de naissance, si différent) :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse du lieu de résidence actuelle :

Adresse de courriel personnelle :

Si le formulaire est renseigné par un tiers pour le compte du militaire demandeur, indiquer le lien avec ce dernier (à justifier par tout document attestant de la qualité et à formaliser du vivant du militaire) :

Mentionner la force armée ou la formation rattachée d'appartenance au moment de l'occurrence de la blessure :

Arme et/ou Spécialité :

Matricule (NID, SAP) : **NIGEND** (gendarme uniquement) :

Date de radiation des cadres ou des contrôles (pour les anciens militaires) **ou d'admission en 2^e section :**

Descriptif des circonstances ayant occasionné la blessure :

Descriptif succinct de la blessure à homologuer :

Pourcentage d'invalidité attribué au titre de ladite blessure (taux de pension militaire d'invalidité - PMI - en %), le cas échéant :

En cas de demande en cours, préciser la date de la demande :

Documents à fournir dans la mesure du possible par le demandeur :

Pièces justifiant les circonstances ayant occasionné la blessure et matérialisant sa nature et son degré de gravité : extrait du registre des constatations, attestation de séjour, extrait de journal des marches et opérations, extrait de journal de bord, extrait de cahier d'ordres, fiche de suivi post-opérationnel, attestation sur l'honneur du commandement, témoignages, décorations et récompenses en lien avec l'évènement, rapport de gendarmerie. L'administration complètera dans tous les cas le dossier avec les documents en sa possession.

LIEU – DATE :

SIGNATURE DU DEMANDEUR :

Partie à remplir par l'administration (commandant de formation administrative ou équivalent pour les militaires d'active, direction des ressources humaines de l'armée ou du service concernée pour les anciens militaires)

Avis de l'administration sur les circonstances de la blessure (cf. 1.2.1 de la présente circulaire) :

DATE :

GRADE – NOM – FONCTION - SIGNATURE

Partie à compléter par le médecin des armées ayant réalisé la consultation

Description détaillée de la blessure constatée (nature, conséquences physiques et psychiques, suivi thérapeutique...) :

Blessure en lien avec les circonstances décrites par l'extrait du registre des constatations ou le rapport circonstancié (s'ils ont été communiqués au médecin préalablement à la consultation) :

☐ OUI

☐ NON¹

Conséquences médicales de la blessure en lien :

Evacuation médicale stratégique

☐ NON ☐ OUI

Hospitalisation(s)

☐ NON ☐ OUI Durée :

Congé de maladie ordinaire

☐ NON ☐ OUI Durée :

Congé du blessé

☐ NON ☐ OUI Durée :

CLM/CLDM

☐ NON ☐ OUI Durée :

¹ En cas de réponse négative, ne pas renseigner les rubriques suivantes.

Inaptitude médicale définitive	☐ au service ☐ à servir dans le corps ☐ à servir dans la spécialité
Aptitude médicale avec restriction(s)	☐ définitive (s) ☐ temporaire (s) Durée :
Description des restrictions :	

☐ Certificat médical remis en mains propres ou transmis par courrier recommandé avec AR (*rayez la mention inutile*) à (grade, nom, prénom du blessé) :

DATE :

GRADE – NOM – PRÉNOM- CACHET – SIGNATURE DU MÉDECIN DES ARMÉES