

Déclaration de Congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS)



Collectivité locale

GRAS SAVOYE GROUPE SUD

ADP Secteur Public
TSA 60300
69303 LYON CEDEX 07
Tél. : 05.56.00.90.80



COLLECTIVITE

Raison sociale : CP |_|_|_|_| Ville :

Contact : Tél. : Email :

AGENT

Nom : Prénom : Nombre d'enfants à charge :

Date de naissance : ____/____/____ Numéro sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Clé |_|_|

Métier : Service : Date d'entrée en fonction : ____/____/____

Grade : Catégorie : A B C

<input type="checkbox"/> Agent affilié à la CNRACL			<input type="checkbox"/> Agent affilié à l'IRCANTEC		
<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Stagiaire		<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Contractuel de Droit Public
<input type="checkbox"/> Temps complet	<input type="checkbox"/> Temps partiel %	<input type="checkbox"/> Temps non complet heures / mois	<input type="checkbox"/> + 150h / Trimestre *	<input type="checkbox"/> + 150h / Trimestre *	

*Tous employeurs confondus

PERIODE D'ARRETS DE TRAVAIL

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? Oui Non

Arrêt de travail du * ____/____/____ au ____/____/____ Reprise d'activité le ____/____/____

*Joindre certificats médicaux et bulletins de salaires pour les périodes concernées

DESRIPTIF DE L'EVENEMENT

Date de survenance : ____/____/____ Heure : ____ h ____

Accident de service

Horaire de travail le jour de l'accident :

De ____ h ____ à ____ h ____ et de ____ h ____ à ____ h ____

Habituels Exceptionnels

Accident de trajet *

Aller Retour

Habituel Détourné ou interrompu (pour quel motif

.....)

*Joindre documents associés : constat, schéma, rapports

Maladie imputable au service / Maladie Professionnelle

Date de reconnaissance de la Maladie : ____/____/____

Détaillez les facteurs à l'origine de la maladie (travaux, substances, produits, gestes, postures, matériel, etc ...)

.....

.....

TEMOIN(S) (Joindre documents associés)

Nom : Prénom : Coordonnées :

Nom : Prénom : Coordonnées :

Rapport / Témoignage écrit : Oui Non

TIERS (Joindre documents associés)

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non

Nom du tiers responsable : Assureur : Police : Rapport de police Oui Non

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT (Joindre documents associés)

Tâche, matériel, environnement de travail, etc ... :

Déclaration de Congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS)

Collectivité locale

L'accident a-t-il donné lieu à un rapport hiérarchique ? Oui Non

L'accident a-t-il déclenché une analyse par un acteur de la prévention ? Oui Non

Pour les délais de déclaration, merci de vous reporter aux Conditions Générales de votre Assureur.
ATTENTION : Toute demande transmise hors délai ne sera pas prise en charge.

MESURES CORRECTIVES ET/OU PREVENTIVES MISES EN ŒUVRE SUITE A L'ANALYSE DE L'ACCIDENT

Mesures existantes	Mesures correctives	Mesures préventives

CODIFICATION (ENTOURER LA CODIFICATION APPROPRIÉE DANS LA TABLE DE REFERENCE)

FILIERE DE L'AGENT		LIEU COLLECTIVITE LOCALE		SIEGE DES LESIONS	
A	Administrative	A	Locaux techniques	1	Région crânienne
T	Technique	B	Restauration	2	Face (sauf nez et bouche)
C	Culturelle	C	Parties communes	3	Nez
S	Sportive	D	Voie publique	4	Bouche (sauf dents)
M	Sociale	E	Locaux administratifs	5	Dents
O	Médico-Sociale	F	Complexe sportif	6	Appareil auditif
E	Médico-Technique	G	Domicile d'un tiers	7	Cou (sauf vertèbres cervicales)
P	Sécurité	H	Cimetière	8	Yeux
R	Incendie et Secours	I	Ecole / Crèche / Centre de loisirs	9	Epaule
N	Animation	J	Bâtiment annexe	10	Bras
CIRCONSTANCES		K	Parc / Jardin / Espace vert / Forêt	11	Coude
A	Véhicule	L	Déchetterie	12	Avant-bras
B	Déplacement	TACHE EXERCEE LORS DE L'ACCIDENT		13	Poignet
C	Manipulation	A	Travail administratif	14	Main : Index et / ou pouce
ELEMENT MATERIEL		B	Restauration scolaire	15	Main : Paume et dos
A	Chute ou glissement de plain-pied	C	Nettoyage et maintenance des locaux et du matériel	16	Main : Autres doigts
B	Chute ou glissement avec dénivellation	D	Formation / Mission	17	Dos (sauf colonne vertébrale)
C	Effort de soulèvement / Faux mouvement / Manipulation de charge	E	Entretien des espaces verts	18	Région lombaire (sauf colonne vertébrale)
D	Outils à main / machine / appareil	F	Voirie / Chantier	19	Colonne vertébrale : cervicales
E	Objet ou masse en mouvement	G	Collecte et traitement des ordures ménagères	20	Colonne vertébrale : dorsolombaire
F	Véhicule et engin en mouvement	H	Traitement des eaux / Assainissement / Electricité	21	Colonne vertébrale : sacrococcygien
G	Contact / Projection de sang – urine – produits biologiques ou toxiques	I	Circulation (locaux / voie publique)	22	Bassin
H	Agression / Morsure / Violence	J	Accueil / Surveillance / Contrôle	23	Abdomen
I	Rayonnement / Radiation	K	Activité funéraire	24	Thorax
J	Gaz / Liquide / Vapeur sous pression	L	Incendie / Secours et autres interventions	25	Organes génitaux
K	Incendie / Explosion	M	Activité physique et sportive	26	Hanche
L	Electricité	N	Animation / Enfance	27	Cuisse
M	Manipulation outils / Instruments coupants – piquants – tranchants	O	Transport de personnes ou marchandise	28	Genou
N	Pas d'élément matériel	P	Intervention spécialisée	29	Jambe
O	Autres	Q	Manœuvre / Exercice	30	Cheville
NATURE DES LESIONS		R	Opération diverse / Protection des biens	31	Pied : Orteils
A	Contusion / Hématome	S	Autre tâche	32	Pied : Plante et dessus
B	Plaie			33	Pied : Talon
C	Piqûre			34	Sièges multiples
D	Entorse / Luxation			35	Autres
E	Lumbago				
F	Sciatique / Hernie discale / Tassement vertébral				
G	Lésion musculaire – tendineuse				
H	Réaction allergique ou inflammatoire muqueuse ou cutanée				
I	Fracture / Fêlure				
J	Lésion nerveuse / neurologique				
K	Lésion interne				
L	Présence de corps étranger				
M	Brûlure / Gelure				
N	Ecrasement / Amputation				
O	Intoxication / Contamination				
P	Asphyxie / Noyade				
Q	Lésions multiples				
R	Malaise avec ou sans perte de connaissance				
S	Troubles psychologiques				
T	Troubles sensoriels				
U	Tendinite / Arthrite				
V	Autres natures de lésions				

Une seule codification doit être entourée par table

Latéralité agent : Gaucher Droitier

Lésions : Gauche Droite

RECONNAISSANCE ADMINISTRATIVE DE L'ACCIDENT (DECRET N°2008 – 1191 DU 17/11/2008)

<input type="checkbox"/> En attente de décision Imputable au service : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Observations de la hiérarchie
L'agent	L'autorité territoriale
Fait à	Fait à
Le / /	Le / /
Signature :	Signature :