

Collectivité locale

ADP Secteur Public
TSA 60300
69303 LYON CEDEX 07
Tél. : 05.56.00.90.80 Fax : 05.56.00.90.81



Raison sociale : **CP** | | | | | **Ville :**

Contact : **Tél. :** **Email :**

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

☐ Agent affilié à la CNRACL			☐ Agent affilié à l'IRCANTEC		
☐ Titulaire	☐ Stagiaire		☐ Titulaire	☐ Stagiaire	☐ Contractuel de Droit Public
☐ Temps complet	☐ Temps partiel ----- %	☐ Temps non complet ----- heures / mois	☐ + 150h / Trimestre *	☐ + 150h / Trimestre *	

*Tous employeurs confondus

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

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
--	---

* 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 ...) _____

Durée d'exposition : _____

Nom : **Prénom :** **Coordonnées :**

Nom : Prénom : Coordonnées :

Nom : **Prénom :** **Coordonnées :**

Rapport / Témoignage écrit : ☐ Oui ☐ Non

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

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



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

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT (Joindre documents associés)

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

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 (ENTOURLER 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 glissade de plain-pied	C	Nettoyage et maintenance des locaux et du matériel	16	Main : Autres doigts		
B	Chute ou glissade 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 : sacroccocygien		
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	Une seule codification doit être entourée par table					
C	Piqûre					33	Pied : Talon
D	Entorse / Luxation					34	Sièges multiples
E	Lumbago					35	Autres
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						
		Latéralité agent : ☐ Gaucher ☐ Droitier					
		Lésions : ☐ Gauche ☐ Droite					

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

☐ En attente de décision Imputable au service : ☐ Oui ☐ Non	Observations de la hiérarchie
---	-------------------------------



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

L'agent	L'autorité territoriale
Fait à ----- -- Le ----- / ----- / -----	Fait à ----- -- Le ----- / ----- / -----
Signature :	Signature :