

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

Centre de gestion de la Charente Maritime

 Service Santé au travail
 85 Boulevard de la république – CS 50002
 17076 LA ROCHELLE CEDEX 09
 Tél. : 05 46 27 47 15


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

DESCRIPTIF DE L'EVENEMENT

Date de survenance : / / Heure : h

<input type="checkbox"/> Accident de service Horaire de travail le jour de l'accident : De h à h et de h à h <input type="checkbox"/> Habituels <input type="checkbox"/> Exceptionnels	<input type="checkbox"/> Accident de trajet * <input type="checkbox"/> Aller <input type="checkbox"/> Retour <input type="checkbox"/> Habituel <input type="checkbox"/> 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 ...)

Durée d'exposition :

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 RÉFÉRENCE)

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		
A Véhicule	K Parc / Jardin / Espace vert / Forêt	11 Coude
B Déplacement	L Déchetterie	12 Avant-bras
C Manipulation	TACHE EXERCEE LORS DE L'ACCIDENT	
ELEMENT MATERIEL		
A Chute ou glissade de plain-pied	A Travail administratif	14 Main : Index et / ou pouce
B Chute ou glissade avec dénivellation	B Restauration scolaire	15 Main : Paume et dos
C Effort de soulèvement / Faux mouvement / Manipulation de charge	C Nettoyage et maintenance des locaux et du matériel	16 Main : Autres doigts
D Outils à main / machine / appareil	D Formation / Mission	17 Dos (sauf colonne vertébrale)
E Objet ou masse en mouvement	E Entretien des espaces verts	18 Région lombaire (sauf colonne vertébrale)
F Véhicule et engin en mouvement	F Voirie / Chantier	19 Colonne vertébrale : cervicales
G Contact / Projection de sang – urine – produits biologiques ou toxiques	G Collecte et traitement des ordures ménagères	20 Colonne vertébrale : dorsolombaire
H Agression / Morsure / Violence	H Traitement des eaux / Assainissement / Electricité	21 Colonne vertébrale : sacrococcygien
I Rayonnement / Radiation	I Circulation (locaux / voie publique)	22 Bassin
J Gaz / Liquide / Vapeur sous pression	J Accueil / Surveillance / Contrôle	23 Abdomen
K Incendie / Explosion	K Activité funéraire	24 Thorax
L Electricité	L Incendie / Secours et autres interventions	25 Organes génitaux
M Manipulation outils / Instruments coupants – piquants – tranchants	M Activité physique et sportive	26 Hanche
N Pas d'élément matériel	N Animation / Enfance	27 Cuisse
O Autres	O Transport de personnes ou marchandise	28 Genou
NATURE DES LESIONS		
A Contusion / Hématome	P Intervention spécialisée	29 Jambe
B Plaie	Q Manœuvre / Exercice	30 Cheville
C Piqûre	R Opération diverse / Protection des biens	31 Pied : Orteils
D Entorse / Luxation	S Autre tâche	32 Pied : Plante et dessus
E Lumbago		33 Pied : Talon
F Sciatique / Hernie discale / Tassement vertébral		34 Sièges multiples
G Lésion musculaire – tendineuse		35 Autres
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 Fait à Le / / Signature :	L'autorité territoriale Fait à Le / / Signature :