Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Aisne

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

*Collectivité locale*

wtw

CENTRE DE GESTION DE L'AISNE
14 rue Lucien Quittelier
02300 CHAUNY Cedex
assurancestatutaire@cdg02.fr

Imprimer | Enregistrer | Réinitialiser le formulaire (Sauf Collectivité) | Réinitialisation le formulaire complet

## 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

| ¨ **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*

## 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 --------

¨ **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 …)
---
---
**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 … :
---
---

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

**Toute correspondance doit être adressée à assurancestatutaire@cdg02.fr**

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Aisne

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

*Collectivité locale*

wtw

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 APPROPRIEE DANS LA TABLE DE REFERENCE)*

| FILIERE DE L'AGENT | |
|---|---|
| A | Administrative |
| T | Technique |
| C | Culturelle |
| S | Sportive |
| M | Sociale |
| O | Médico-Sociale |
| E | Médico-Technique |
| P | Sécurité |
| R | Incendie et Secours |
| N | Animation |

| CIRCONSTANCES | |
|---|---|
| A | Véhicule |
| B | Déplacement |
| C | Manipulation |

| ELEMENT MATERIEL | |
|---|---|
| A | Chute ou glissade de plain-pied |
| B | Chute ou glissade avec dénivellation |
| C | Effort de soulèvement / Faux mouvement / Manipulation de charge |
| D | Outils à main / machine / appareil |
| E | Objet ou masse en mouvement |
| F | Véhicule et engin en mouvement |
| G | Contact / Projection de sang – urine – produits biologiques ou toxiques |
| H | Agression / Morsure / Violence |
| I | Rayonnement / Radiation |
| J | Gaz / Liquide / Vapeur sous pression |
| K | Incendie / Explosion |
| L | Electricité |
| M | Manipulation outils / Instruments coupants – piquants – tranchants |
| N | Pas d'élément matériel |
| O | Autres |

| NATURE DES LESIONS | |
|---|---|
| A | Contusion / Hématome |
| B | Plaie |
| C | Piqûre |
| D | Entorse / Luxation |
| 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 |

| LIEU COLLECTIVITE LOCALE | |
|---|---|
| A | Locaux techniques |
| B | Restauration |
| C | Parties communes |
| D | Voie publique |
| E | Locaux administratifs |
| F | Complexe sportif |
| G | Domicile d'un tiers |
| H | Cimetière |
| I | Ecole / Crèche / Centre de loisirs |
| J | Bâtiment annexe |
| K | Parc / Jardin / Espace vert / Forêt |
| L | Déchetterie |

| TACHE EXERCEE LORS DE L'ACCIDENT | |
|---|---|
| A | Travail administratif |
| B | Restauration scolaire |
| C | Nettoyage et maintenance des locaux et du matériel |
| D | Formation / Mission |
| E | Entretien des espaces verts |
| F | Voirie / Chantier |
| G | Collecte et traitement des ordures ménagères |
| H | Traitement des eaux / Assainissement / Electricité |
| I | Circulation (locaux / voie publique) |
| J | Accueil / Surveillance / Contrôle |
| K | Activité funéraire |
| L | Incendie / Secours et autres interventions |
| M | Activité physique et sportive |
| N | Animation / Enfance |
| O | Transport de personnes ou marchandise |
| P | Intervention spécialisée |
| Q | Manœuvre / Exercice |
| R | Opération diverse / Protection des biens |
| S | Autre tâche |

| SIEGE DES LESIONS | |
|---|---|
| 1 | Région crânienne |
| 2 | Face (sauf nez et bouche) |
| 3 | Nez |
| 4 | Bouche (sauf dents) |
| 5 | Dents |
| 6 | Appareil auditif |
| 7 | Cou (sauf vertèbres cervicales) |
| 8 | Yeux |
| 9 | Epaule |
| 10 | Bras |
| 11 | Coude |
| 12 | Avant-bras |
| 13 | Poignet |
| 14 | Main : Index et / ou pouce |
| 15 | Main : Paume et dos |
| 16 | Main : Autres doigts |
| 17 | Dos (sauf colonne vertébrale) |
| 18 | Région lombaire (sauf colonne vertébrale) |
| 19 | Colonne vertébrale : cervicales |
| 20 | Colonne vertébrale : dorsolombaire |
| 21 | Colonne vertébrale : sacrococcygien |
| 22 | Bassin |
| 23 | Abdomen |
| 24 | Thorax |
| 25 | Organes génitaux |
| 26 | Hanche |
| 27 | Cuisse |
| 28 | Genou |
| 29 | Jambe |
| 30 | Cheville |
| 31 | Pied : Orteils |
| 32 | Pied : Plante et dessus |
| 33 | Pied : Talon |
| 34 | Sièges multiples |
| 35 | Autres |

**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)*

¨ **En attente de décision**

**Imputable au service :** ¨ Oui ¨ Non

**Observations de la hiérarchie**

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

**Toute correspondance doit être adressée à assurancestatutaire@cdg02.fr**