

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

Collectivité locale

## Centre de gestion de l'Aude

Maison des Collectivités  
85 Avenue Claude Bernard – CS 60050  
11890 CARCASSONNE CEDEX  
Tél. : 04.68.77.79.79



## 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"/> <b>Accident de service</b> 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"/> <b>Accident de trajet *</b> <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)

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

*Collectivité locale*

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 (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
		TACHE EXERCEE LORS DE L'ACCIDENT		13	Poignet
ELEMENT MATERIEL		A	Travail administratif	14	Main : Index et / ou pouce
A	Chute ou glissade de plain-pied	B	Restauration scolaire	15	Main : Paume et dos
B	Chute ou glissade avec dénivellement	C	Nettoyage et maintenance des locaux et du matériel	16	Main : Autres doigts
C	Effort de soulèvement / Faux mouvement / Manipulation de charge	D	Formation / Mission	17	Dos (sauf colonne vertébrale)
D	Outils à main / machine / appareil	E	Entretien des espaces verts	18	Région lombaire (sauf colonne vertébrale)
E	Objet ou masse en mouvement	F	Voirie / Chantier	19	Colonne vertébrale : cervicales
F	Véhicule et engin en mouvement	G	Collecte et traitement des ordures ménagères	20	Colonne vertébrale : dorsolombaire
G	Contact / Projection de sang – urine – produits biologiques ou toxiques	H	Traitement des eaux / Assainissement / Electricité	21	Colonne vertébrale : sacrococcygien
H	Agression / Morsure / Violence	I	Circulation (locaux / voie publique)	22	Bassin
I	Rayonnement / Radiation	J	Accueil / Surveillance / Contrôle	23	Abdomen
J	Gaz / Liquide / Vapeur sous pression	K	Activité funéraire	24	Thorax
K	Incendie / Explosion	L	Incendie / Secours et autres interventions	25	Organes génitaux
L	Electricité	M	Activité physique et sportive	26	Hanche
M	Manipulation outils / Instruments coupants – tranchants – piquants –	N	Animation / Enfance	27	Cuisse
N	Pas d'élément matériel	O	Transport de personnes ou marchandise	28	Genou
O	Autres	P	Intervention spécialisée	29	Jambe
NATURE DES LESIONS		Q	Manœuvre / Exercice	30	Cheville
A	Contusion / Hématome	R	Opération diverse / Protection des biens	31	Pied : Orteils
B	Plaie	S	Autre tâche	32	Pied : Plante et dessus
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				

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

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

Collectivité locale

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