***Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Haute Garonne***

***590 rue Buissonnière***

***31676 LABEGE CEDEX***

***🕿 05 81 91 93 00 🖹 05 62 26 09 39***

[***assurance@cdg31.fr***](mailto:assurance@cdg31.fr) ***– www.cdg31.fr***

**GRAS SAVOYE ORMES**

 2 Rue de Gourville

 45911  Orléans Cedex 9

Tél. : 02.38.70.36.10

Fax : 02.38.70.36.00

###### Collectivité

**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** | | |
| 🞎 Titulaire | 🞎 Stagiaire |  |
| 🞎 Temps complet | 🞎 Temps partiel --------- % | 🞎 Temps non complet --------------- heures / mois |

###### Période 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 Professionnelle 🞎 Maladie Professionnelle désignée dans un tableau 🞎 Maladie Professionne hors tableau**  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 detaillées de l’accident *(tâche, materiels, environnement de travail……JOINDRE DCUMENTS ASSOCIES)*** | |

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.

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

###### 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** | | 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 : 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 | **Une seule codification doit être entourée par table** | | | |
| H | Réaction allergique ou inflammatoire muqueuse ou cutanée |
| I | Fracture / Fêlure |  | |  |  |
| J | Lésion nerveuse / neurologique | Latéralité agent : 🞎 Gaucher 🞎 Droitier | | |  |
| K | Lésion interne |  |
| L | Présence de corps étranger | Lésions : 🞎 Gauche 🞎 Droite | | |  |
| 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 |  | |  |  |

###### reconnaissance administrative de l’accident (Décret N°2019-301 du 10/04/2019 relatif au citis)

|  |
| --- |
| ❒ **En attente de l’avis de l’Expertise Médicale et/ou de l’avis de la Commission de Réforme (en cours d’instruction par l’employeur, en attente de l’imputabilité au service)** |
| L’autorité territoriale  **Fait à** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Le**  \_\_\_ **/** \_\_\_ **/** \_\_\_\_  **Signature :** |