

DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ des absences pour raison de santé

COLLECTIVITÉ

Raison sociale : Ville : Code postal :
 Numéro de SIRET : Budget de gestion : Classification client :
 Contact dans la collectivité : Téléphone du contact : E-mail du contact :

AGENT

Numéro de SS Nom : Prénom :
 Nom de jeune fille : Nombre d'enfants à charge Date de naissance :
 Latéralité de l'agent Droitier Gaucher
 Date d'entrée dans la collectivité : Date d'embauche dans la fonction publique :

STATUT AGENTS AFFILIÉS À LA CNRACL AGENTS NON AFFILIÉS À LA CNRACL/IRCANTEC AGENTS OPAC

N° CNRACL :
 Titulaire Stagiaire Non titulaire
 Temps complet Temps partiel Taux activité :
 Temps non complet Nb heures travaillées/mois : h mn
 + 200 h/trimestre* - 200 h/trimestre*
 *Tous employeurs confondus

SERVICE ET GRADE Code grade : Cadre emploi : Fonction :
 Service (codification interne) : Catégorie hiérarchique A B C Filière(1) (1) Voir codification au verso de la liasse

NATURE DU SINISTRE

- Accident imputable au service
 Trajet aller Trajet retour Accident de circulation
 Maladie professionnelle Numéro MP
 Maladie ordinaire Accident de vie privée
 Longue maladie Maladie grave (Non CNRACL/IRCANTEC)
 Maladie longue durée Contractée en service
 Temps partiel thérapeutique
 Disponibilité d'office Invalidité (AIT) Catégorie
 Maternité Si 3^e enfant ou plus
 Grossesse gémellaire Grossesse de triplés ou plus
 Adoption Adoptions multiples
 Paternité Naissances multiples
 Décès Infirmitté de guerre

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Date de l'accident :
 Heure de survenance : h
 Horaires de travail le jour de l'accident :
 De h à h
 et de h à h
 Activité lors de l'accident (1) Élément matériel (1)
 L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? OUI NON
 L'accident a-t-il entraîné un décès ? OUI NON

Circonstances détaillées, joindre : 1^{er} volet du Certificat Médical Initial de constat des lésions, en cas de reprise le certificat final, enquête administrative, déclaration de l'agent, déclaration de témoin(s), PV de gendarmerie ou de police. (1) Voir codification au verso de la liasse

TIERS IMPLIQUÉ (1)

(1) A compléter quelle que soit la nature du sinistre
 Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON
Contrat assurance automobile ou responsabilité civile de l'agent :
 Nom :
 Adresse :
 Contrat N° :
Contrat assurance automobile ou responsabilité civile du tiers :
 Nom :
 Adresse :
 Contrat N° :

PÉRIODES PRÉSENTÉES AU REMBOURSEMENT

ARRÊT INITIAL PROLONGATION RECHUTE
 Date du premier jour à indemniser
 Date du dernier jour à indemniser
 Date de passage à demi-traitement
 L'arrêt est-il terminé ? OUI NON
 Si oui, à quelle date :

ARRÊT(S) EN MALADIE ORDINAIRE NON DÉCLARÉ(S)

Survenu(s) au cours des 365 jours précédant la ou les période(s) présentée(s) au remboursement. Joindre les certificats médicaux correspondants.

Début

Fin

Le
 Signature et cachet
 de la collectivité employeur

Rappel important

Conformément aux Conditions Générales :
 Le signataire certifiant ces renseignements est passible, en cas de fausse déclaration, de sanctions disciplinaires et/ou pénales (article 29 du titre I du statut général de la Fonction Publique) - (articles L 441-7, L 313-1 et L 313-3 du code Pénal).

1^{er} et 2^e feuillet : à retourner à votre centre de gestion
 3^e feuillet : à conserver

CODIFICATION DES FILIÈRES

FILIÈRES	
AD	Administrative
CU	Culturelle
AN	Animation
SA	Sanitaire et Sociale
SP	Sportive
SE	Sécurité
TE	Technique

CODIFICATION DES ACCIDENTS

ACTIVITÉ LORS DE L'ACCIDENT	
1	Travail administratif
2	Formation
3	Accueil, surveillance, contrôle, activité scolaire et périscolaire
4	Restauration collective
5	Nettoyage des locaux
6	Maintenance des locaux
7	Maintenance et réparation du matériel
8	Entretiens des espaces verts et de l'environnement
9	Chantier de bâtiment
10	Travail sur la voirie
11	Circulation et transport
12	Transport, lavage et stockage du linge
13	Collecte et traitement des ordures ménagères et déchets
14	Traitement des eaux, réseau d'assainissement
15	Intervention à domicile
16	Incendie, secours et autre intervention
17	Entretien physique et sportif
18	Activité funéraire
19	Acte de soin, thérapeutique et diagnostique
20	Rééducation et kinésithérapie
21	Hygiène du malade
22	Mobilisation et transfert d'un individu
23	Préparation de substances chimiques et/ou toxiques
24	Tâche de laboratoire

ÉLÉMENT MATÉRIEL	
A	Chute ou glissade de plain-pied ou avec faible dénivellation
B	Chute de hauteur
C	Effort de manutention de malade
D	Effort de soulèvement, manutention de charge
E	Machine et appareil
F	Objet à main
G	Instruments coupants, piquants ou tranchants souillés
H	Instruments coupants, piquants ou tranchants non souillés
I	Produits toxiques, nocifs ou irritants
J	Objet ou masse en mouvement
K	Projection de matières
L	Agression animale
M	Agression, violence, malade agité
N	Produit ou appareil chaud ou froid
O	Rayonnements, radiations
P	Gaz ou liquide sous pression
Q	Phénomène thermique, incendie, explosion
R	Electricité
S	Véhicule ou engin
T	Effort intense
U	Exposition au sang et liquides physiologiques
V	Autres