

**CENTRE DE GESTION DE LA CHARENTE**

30 RUE DENIS PAPIN  
CS 12213  
16022 ANGOULEME CEDEX  
Tél : 05.45.69.45.76 ou 05.45.69.45.86

Date de déclaration : ..... / ..... / .....

Signature et cachet de la collectivité :

**ATTENTION, TOUTES LES DONNEES SONT OBLIGATOIRES**

**AGENT**

Nom marital : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Numéro sécurité sociale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Clé |\_|\_|

Date d'entrée dans la collectivité : ..... / ..... / .....  Temps complet  Temps partiel .....%  Temps non complet ..... heures / mois

Nombre d'enfant(s) à charge (au sens Sécurité Sociale) : ..... Nombre d'enfant(s) ouvrant droit au SFT : .....

Catégorie :  A  B  C Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe :  Masculin  Féminin

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.

**SINISTRE**

- MO** (Maladie ordinaire)          **LM** (Longue maladie)          **LD** (Longue Durée)          **MDO** (Mise en disponibilité)  
**GP** (Grossesse pathologique)          **MAT** (Maternité)          **CP** (Couches pathologiques)          **PAT** (Paternité)  
**AT** (Accident du travail)          **MP** (Maladie professionnelle)          **TPT** (Temps partiel thérapeutique)

Nature de l'arrêt *	Période d'arrêt			
	Date d'origine	Début	Fin	Date de reprise

Antériorité MO sur les 365 jours précédents		
Début	Fin	Plein traitement Demi-traitement

\*Merci d'utiliser les abréviations mentionnées ci-dessus (ex : AT, MAT, etc ...)

**SALAIRE**

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Indice majoré												
NBI												
Indemnités accessoires												

**DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE**

Utiliser l'imprimé spécifique

Conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour toute demande, veuillez-vous adresser à :  
Gras Savoye Groupe-Sud ADP Public - Collectivités Locales, 5 Avenue Raymond Manaud. BP 50017, 33522 Bruges Cedex Tél 05 56 00 90 80 Télécopie 05 56 00 90 81