

NOM et Prénom de l'agent :

CITIS

L'ACCIDENT DE SERVICE

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulaire de saisine de transmission des dossiers au Conseil Médical en formation plénière (téléchargeable sur le site Internet du CDG86)

Le **formulaire CITIS « Accident de service »** précisant les circonstances détaillées de l'accident de service ou de trajet, datée et signée par l'agent (téléchargeable sur le site Internet du CDG86),

L'enquête administrative ou le rapport hiérarchique qui relate les circonstances exactes et détaillées de l'accident. Il appartient à l'employeur de s'assurer de la réalité des faits.

Les motivations de la saisine par l'employeur exposant les circonstances détachables du service

Les déclarations des témoins (le cas échéant),

Le certificat médical initial de constat des lésions (**volet 1 ou 2**). La transmission de ce certificat est obligatoire. Le certificat doit mentionner le siège et la nature des blessures,

Les certificats médicaux de prolongation, le cas échéant,

La fiche de poste de travail de l'agent,

Le certificat final descriptif de guérison ou de consolidation,

L'expertise médicale réalisée par un médecin expert agréé.

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière _____

NOM et Prénom de l'agent :

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____

NOM et Prénom de l'agent :

En cas d'accident de trajet, rajouter :

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le plan précisant le trajet habituel et le trajet concerné,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les horaires de travail,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La durée normalement nécessaire pour effectuer le trajet,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les procès-verbaux de gendarmerie ou le rapport de police, éventuellement,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dans le cas d'une interruption ou d'un détour lors du trajet, apporter des précisions sur les motivations de cette interruption ou du détour.

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière

NOM et Prénom de l'agent :

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____