

# SAISINE DU CONSEIL MEDICAL FORMATION PLENIERE

## **OBJET : DEMANDE D'AVIS SUR L'IMPUTABILITE AU SERVICE :**

- ☐ d'un accident de service (CITIS Accident de service)
- ☐ d'un accident de trajet (CITIS Accident de trajet)
- ☐ d'une maladie professionnelle (CITIS MP)

**Collectivité :** .....

**Dossier suivi par :** M..... **Coordonnées :** .....

### RENSEIGNEMENTS SUR L'AGENT

NOM : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

FONCTIONNAIRE TITULAIRE ☐ FONCTIONNAIRE STAGIAIRE ☐ (Cocher la case correspondante)

Grade actuel : ..... Date de l'accident ou de la maladie : .....

Adresse personnelle de l'agent : .....

Adresse mail de l'agent : .....

### **DELAI DE TRANSMISSION DE LA DECLARATION**

**Transmission du certificat médical volet 1 (arrêts de travail, soins...) dans un délai de 48 h**

| ACCIDENT DE SERVICE/ACCIDENT DE TRAJET (AS/AT)                                                                                                                                       | MALADIE PROFESSIONNELLE (MP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- 15 j à compter de la date de l'accident</li> <li>- 15 j, dans un délai de 2 ans, en cas de pathologie évolutive et non décelable</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 ans suivant la date de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale</li> <li>- <b>Date à laquelle l'agent est informé</b> du lien entre son affection et l'activité professionnelle (certificat médical)</li> <li>- <b>Date d'entrée en vigueur</b> d'une ou des modifications des tableaux de MP du code de la sécurité sociale, pour un agent déjà atteint d'une MP correspondant à ces tableaux</li> </ul> |

**Transmission du certificat de rechute dans un délai d'un mois à compter de la constatation médicale**

### PIECES A FOURNIR

- ☐ Enquête administrative de l'accident de service ou de la maladie professionnelle (Formulaire CNP pour les collectivités affiliées) ou Déclaration d'accident de l'autorité territoriale (voir imprimé du Centre de Gestion pour les collectivités non affiliées), précisant les circonstances de l'accident ou de la maladie (temps et lieu notamment) remis à l'agent
- ☐ Certificat médical initial (volet 1) indiquant la nature et le siège des lésions  
Le cas échéant, copie(s) de : ☐ certificat(s) de prolongation ☐ certificat final de consolidation ou de guérison
- ☐ Pour la maladie professionnelle : Expertise médicale + Rapport du médecin du travail précisant que les critères de reconnaissance d'imputabilité de la maladie professionnelle ne sont pas réunis
- ☐ Toute pièce que la collectivité ou l'agent jugera utile de fournir afin d'éclairer l'avis des membres de la Commission de réforme (rapport d'intervention du STIS, rapport de Police...)

DATE DE TRANSMISSION DU DOSSIER : .....