

## 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/l'établissement : ..... 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  Titulaire  Stagiaire  Non titulaire  
 Temps complet  Temps partiel Taux activité : .....  
 Temps non complet Nb heures travaillées/mois : ..... h ..... mn  
 + 150 h/trimestre\*  - 150 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<sup>e</sup> 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<sup>er</sup> 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
.....	.....
.....	.....
.....	.....

### Rappel important

Conformément aux Conditions Générales :  
 Le signataire certifiant ces renseignements est possible, 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).

Le .....  
 Signature et cachet  
 de la collectivité employeur,

1<sup>er</sup> feuillet à retourner : Centre de Gestion de la GIRONDE - Immeuble Horiopolis  
 25, Rue du Cardinal Richaud - CS 10019 - 33049 BORDEAUX Cedex

2<sup>e</sup> 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