

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"/>	Un courrier de saisine de l'employeur indiquant la suspicion de faute personnelle ou toutes autres circonstances particulière.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le formulaire précisant les circonstances détaillées de l'accident de service ou de trajet, datée et signée par l'agent,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les déclarations des témoins (le cas échéant),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les certificats médicaux de prolongation, le cas échéant,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La fiche de poste de travail de l'agent,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le certificat final descriptif de guérison ou de consolidation (qui peut être le même que le certificat de reprise s'il n'y a pas de soins après celle-ci),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport écrit du médecin du travail de médecine préventive
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 _____